الفصل الثانى عشر

علاج مشكلات التفاعل

Interpersonal problems Treatment

سوزان هـ . سبنس Susan H. Spence

الفصل الثاني عشر

عــــلاج مشـــكلات التفاعـــل

سـوزان هــ . سبنس Susan H. Spence

مقـــدمة :

هناك كثير من الأسباب التى تفسر لماذا يعانى شخص ما من صعوبات مع بقية الناس ، كما سبق إيضاح ذلك فى الفصل السابق . وعلى هذا فلا يثير الدهشة وجود عدد كبير من الطرق ، التى تم تطويرها لتعزيز الكفاءة الاجتماعية ، وقد صممت كل طريقة منها للتعامل مع عامل سببى مختلف . مثال ذلك أن أساليب تحسين الكفاءة الاجتماعية تضمنت طرقاً للتدريب على المهارات الاجتماعية ، وخفض القلق ، وإعادة تشكيل البنية المعرفية ، والتوافق ، والتدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى ، والتدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية . وقد صممت طرق التدريب على المهارات الاجتماعية لتعليم الاستجابات السلوكية الضرورية ؛ للتوصل إلى نتائج ناجحة فى المواقف الاجتماعية لدى الأفراد ،الذين يفتقرون للمهارات فى مجالات معينة ، كما تفيد طرق ضبط القلق أولئك الذين قد تكون لديهم المهارات الضرورية، ولكنهم يعانون من كف استخدام مهاراتهم أو يتجنبون مواقف اجتماعية معينة نتيجة للقلق . ومن ناحية أخرى صممت أساليب إعادة تشكيل البنية المعرفية ؛ لكى تقلل من الأفكار السلبية أو غير التوافقية ، والاتجاهات التى يمكن أن تؤدى إلى سلوك الشخص بطريقة تسبب صعوبات فى التفاعل . ويمثل التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى شكلاً آخر من التدخل ، الذى قد يكون مهماً للأشخاص ، الذين تكون نُظمهم السلوكية الاجتماعية غير مناسبة نتيجة لأخطاء فى الإدراك ، أو فى تفسير مؤشرات الآخرين الاجتماعية . ويقدم هذا الفصل مراجعة لهذه الطرق المستخدمة لتعزيز الأداء الاجتماعى ، ويختبر مدى فعاليتها فى الممارسة الإكلينيكية . ويتعين قراءته بوصفه امتداداً للفصل السابق ، الذى قدمت فيه الخطوط العريضة لنموذج عملى للكفاءة الاجتماعية وطرق تقييمها .

ويؤكد النموذج الذى عرض فى الفصل السابق الحاجة لتفصيل برامج تدخل فردية لكل شخص على حدة ، وفق نتائج تقييمه . وقد صممت الطرق المستخدمة فى العلاج لأحداث تغييرات فى المجال المُعتقد أنه مسئول عن مشكلات العميل الاجتماعية التى تحددت أثناء التقييم . وهذه نقطة مهمة إذ أن العملاء من أصحاب مشكلات التفاعل يستطيعون إثبات أنهم سيتغيرون جوهرياً فيما يخص طبيعة صعوباتهم . ولسوء الحظ فإن الكثير من الدراسات التى فحصت علاج عدم الملاءمة الاجتماعية فشلت فى تقييم كل عميل ، لتأكيد أن المشكلات المفترضة مثل آفات المهارات الاجتماعية أو سوء التوافق المعرفى موجودة بالفعل ، ويؤكد الفحص الذى يتم على الدراسات الحديثة أن هذا الأمر مازال مستمراً ، وأن الأفراد مازالوا يحالون لبرامج التدريب على المهارات الاجتماعية ، أو البرامج الأخرى على أساس بعض الفئات التشخيصية ، مثل : الفصام أو الإكتئاب وليس على أساس كشفهم عن مشكلات فى المهارات الاجتماعية (Hogarty et al., 1991; Miller et al., 1989) . وبالتالى تجعل هذه المشكلة تقييم عائد الدراسات ذات التصميم الجمعى أمراً صعباً ؛ فالبيانات المستمدة من مجموعات من المفحوصين تميل إلى

طمس الفروق الفردية فى الاستجابة للعلاج ، وإخفاء حقيقة أن الكثير من العملاء يفشلون فى إحراز تحسن . ويلاحظ أن العلاج المستخدم فى مجال عدم الملاءمة الاجتماعية قد يكون ذا علاقة بالمشكلة فى حالة أفراد معينين فقط ، وذلك فى أغلب الدراسات القائمة على بحوث جماعية . وقد يفسر ذلك بصورة جيدة النتائج المتوسطة للعديد من الدراسات التى تحاول تعزيز الكفاءة الاجتماعية للعملاء (Benton and Schreoder, 1991; Heimberg, 1989) . وتفشل الكثير من الدراسات فى تقدير أهمية مدى تعلق نوع معين من مناحى العلاج للعملاء المختلفين ، وتحاول بعض البرامج تخطى النقص فى التقييم الفردى، وتفصل لكل فرد أساليب تدخل من خلال الجمع بين عدد كبير من أساليب العلاج ، فى إطار منحى الحزمه العلاجيه . وكثيراً ماتتضمن مثل هذه الحزم العلاجية عدداً من المكونات مثل التدريب على المهارات الاجتماعية الحركية الأساسية والمركبة ، والتدريب على الإسترخاء ، والتسكين المنظم ، والتدريب على حل المشكلات الاجتماعية والتدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى . وربما مازالت هذه المحاولات القائمة على حزمه علاجية معرضة للنقد حتى الآن ، على أساس عدم كفاءة إستخدام وقت المعالج والعميل . وتقوم طريقة الحزمة العلاجية على فرضو، مؤداه أن بعض المكونات ستقبل التطبيق بالرّسبة لبعض العملاء فى بعض الأحيان .

طرق تعزَز الكفاءة التفاعلية

يعرض القسم التالى الدطوط العريضة لأكثر المناحى استخداماً على نطاق واسع لتعزيز الكفاءة الاجتماعية . وسيتم مناقشة كل منحى على حدة ، بعد إجراء مراجعة لأكثر البرامج تعقيداً ، والتى تتضمن تنوعاً من طرق التعزيز الاجتماعية

التدريب على المهارات الاجتماعية السلوكية الصريحة

طُور التدريب على المهارات الاجتماعية (١) لتعليم مهارات معينة اجتماعية سلوكية صريحة للأشخاص ، الذين يعانون من عيوب فى هذه الاستجابات . وهى تتشابه مع أساليب التدريب المتضمنة فى التدريب على مهارات حركية أخرى مثل لعب التنس ، وبالتالى يمكن استخدام هذه الأساليب بما فى ذلك إعطاء التعليمات والمناقشة ، والنمذجة ، والبروفات السلوكية ، والحصول على عائد (رد فعل) ، والتدعيم ، والمهام المنزلية . وتجمع أغلب المناحى الحالية فى التدريب على المهارات الاجتماعية كل من التدريب على المهارات الصغرى ، مثل : التواصل البصرى ، ونبرة الصوت المناسبة أو الهينة ، والمهارات الكبرى المركبة مثل إطراء شخص ، وتقديم شكوى أو رفض طلب غير معقول (Hogarty et al., 1991; Miller et al., 1989; Bellack et al., 1984) . وهناك الكثير من الكتب التطبيقية التى تعرض المكونات المناسبة لبرامج التدريب على المهارات الاجتماعية . وعلى الرغم من أن بعض هذه المصادر تقادمت الآن ، إلا أن مؤلفات بيكر وزملاءه Becker et al., (1987) وترور وزملاؤه Trower et al., (1978) وسبنس وشيفرد Spence and Shepherd (1983) وكيلى Kelly (1982) وويلكنسون وسنتر Wilkinson and Center (1982) وكوران ومونتى Curran and Monti (1982) وجولدشتين Goldstein (1973) ، وليبرمان وزملاءه Liberman et al., (1975) مازالت تحتفظ بقيمتها بالنسبة للمعالجين ، الذين يطورون برامج التدريب على المهارات الاجتماعية .

(1) Social-Skills Training (SST).

مكونات التدريب

تتضمن المناهج المستخدمة فى برامج التدريب على المهارات الاجتماعية الخصائص الآتية : التعليمات ، والمران والمناقشة والنمذجه (الواقعية أو المسجلة على أشرطة) والبروفات ، ولعب الأدوار ، والحصول على عائد (لفظى أو مسجل على الفيديو) والتدعيم الاجتماعى والمهام المنزلية .

التعليمات والمران والمناقشة

تتضمن أغلب البرامج درجة معينة من التعليم اللفظى فى صورة تعليمات ، وتمرينًا لفظيًا للعملاء ، وتشجيع وعى العميل بالمهارات المستهدفة من خلال المناقشة . ومن المؤكد أن مجرد مناقشة المواقف المشكلة وطرق التعامل فيها بالنسبة لبعض العملاء يبدو كافياً لإحداث تحسن واضح فى الكفاءة الاجتماعية.(Stravynski et al., 1989; Twentyman and Zimering, 1979) .

النمـــــذجة

تشير النمذجة إلى عرض مهارة معينة أو سلوك بواسطة فرد آخر ، بينما يقوم المتدرب بملاحظته ، وقد استخدمت أساليب مختلفة للنمذجة ، بمافى ذلك العرض الذى يقوم به المعالج ، وعروض الڤيديو ، أو أشرطة التسجيل الصوتية ، أو النمذجه الواقعية بواسطة أشخاص آخرين فى المجموعة * . وعندما تستخدم النمذجه وحدها فإنها يمكن أن تؤدى إلى بعض التحسن فى السلوك المستهدف ، إلا أن هناك شكوكًا حول مدى استمرار المزايا لما بعد موقف التدريب ، وانتقالها للمواقف التفاعلية الواقعية . وقد استخدمت النمذجه عموماً بوصفها جزء من الحزمه الشاملة للتدريب على المهارات الاجتماعية . واقتفاء لأعمال باندورا Bandura (1977) ، شدد أغلب المؤلفين على الحاجة إلى استخدام نماذج من نفس عمر وجنس ومكانة العملاء ؛ حتى يمكن تحقيق أقصى تعلم . كما ذكر أيضاً أن إيضاح أن أداء النموذج يؤدى إلى مترتبات إيجابية ، وليس سلبية ، يزيد من احتمالية التقليد (Bendura op. cit.) .

بروفة السلوك ولعب الأدوار

بعد ملاحظة المتدرب لأداء النموذج ، يُشجع التدريب على المهارات الاجتماعية قيام المتدرب بممارسة المهارة المستهدفة ، وقد تأخذ هذه الممارسة صورة البروفة البسيطة للسلوك المستهدف أو قد يتم تضمينها فى لعب الأدوار ، ويمكن ممارسة المهارة واقعياً أو بواسطة التخيل ، وقد أظهر كل من الأسلوبين أنهما يؤديان إلى تحسن على المدى القصير فى المهارات الاجتماعية . ويبدو أن هناك فروقًا ضئيلة فى مدى فعالية أحدهما عن الآخر (Kazdin, 1982) . ويبدو أن الزيادة فى النمذجة تؤدى إلى زيادة كفاءة كل من الممارسة الصريحة والتخيلية . (Friedman, 1971; Prince, 1975) .

العائد والتدعيم

يعد من الخصائص المهمة المميزة للتدريب على المهارات الاجتماعية أن يحصل العملاء على عائد [1] حول كفاءة أدائهم . وقد يأخذ هذا العائد شكل تعليقات من جانب المعالج ، أو أعضاء المجموعة ، أو الاثنين معاً حول أى أشكال السلوك ، تم أداؤها بشكل صحيح ، وأيها يتطلب تغييراً ، أو قد يتضمن إعادة عرض لشريط ڤيديو أو شريط تسجيل صوتى لما أداه العميل ، وكانت كفاءة العائد باعتباره أسلوب

* يقصد بالمجموعة هنا أن العلاج ، جمعي وأن ذلك يتم في جلسات العلاج الجمعي . (المترجم)

(1) Feedback.

تعلم كما يظهر من خلال نتائج البروفات غير واضحة ومختلطة ، إلا أنه ظهر بصفة عامة أن العائد يسهم فى فعالية بقية مكونات العلاج (Twentyman and Zimering, 1979) . وقد أوضح هذان المؤلفان أيضاً إمكان تفاعل العوامل الخاصة بالمفحوص ، مثل : درجة القلق المرتفعة أو المهارات المعطوبة بدرجة شديدة ، مع إجراءات العائد مشيرين إلى الحاجة إلى الحذر من جانب المعالج.

وأساليب التدعيم ذات أهمية أيضاً فى تشكيل السلوك المستهدف من خلال التقريب المتتالى نحو الهدف النهائى . وقد أكد أغلب المؤلفين قيمة التدعيم الاجتماعى المناسب ، مثل إطراء وتأييد المعالج وأعضاء المجموعة للعميل ، ويمكن استخدام أشكال أخرى من التدعيم فى برامج التدريب على المهارات الاجتماعية بما فى ذلك المكافآت المالية والرمزية [1] والتدعيم الذاتى . ومع ذلك توحى البحوث أنه على الرغم من كون التدعيم يساعد التدريب إلا أنه غير كافٍ ؛ ليؤدى إلى تحسن ظاهر فى الخصائص السلوكية الجديدة (Spence, 1983) . وبمجرد زياد التدعيم قد يؤدى تكرار التفاعل إلى ظهور تحسن كمى وليس بالضرورة تحسناً كيفياً .

المهام المنزلية

تتضمن أغلب برامج التدريب على المهارات الاجتماعية تقرير واجبات منزلية ، وحيث يطلب من العميل أن يمارس المهارات المتعلمة فى الجلسات ، ويقترح قيامه ببروفات للمهارات الجديدة فى مواقف الحياة الواقعية إضافة إلى جلسات التدريب ، وهو مايؤدى إلى تسهيل تحقيق تحسن فى الأداء فى المواقف الطبيعية (Goldstein et al., 1978; Lalli et al., 1991) .

الانشغالات العملية

هناك الكثير من الأسئلة التى يتعين توجيهها حول أفضل طريقة لتطبيق برامج التدريب على المهارات الاجتماعية . وتتضمن هذه القضايا ما إذا كان من المفضل استخدام جلسات علاج جماعية مقابل علاج فردى ، وعدد الجلسات ومعدلها وطولها ، وعدد المعالجين ، وهل تكون المجموعات مفتوحة أم مغلقة .

وتناقش الكتب التطبيقية التى سبق الإشارة إليها هذه النقاط بالتفصيل ، على الرغم من أنه يبدو أن هناك القليل من الدلائل ، التى تسمح بالخروج باستخلاصات حول أفضل أشكال التدريب على المهارات الاجتماعية لمجموعات العملاء المختلفة . وهناك تباين واضح فى مقدار التدريب ، الذى يمكن أن يحصل عليه العميل ، والذى يتراوح بين جلسة واحدة ومئة جلسة ، وفى الفترة بين الجلسة والأخرى وطول الجلسات . (Shepherd, 1983; Benton and Shcroeder, 1990) ، كما قد تتباين أيضاً الأماكن التى يتم فيها العلاج بين العيادة والجلسات فى المستشفى وبرامج الكليات أو فى أماكن العمل .

ويتكرر تأكيد ضرورة وجود برامج لمواصلة تحسين المهارات وتعميمها من جلسات التدريب إلى البيئة الطبيعية ، وإلى مواقف التفاعل الجديدة (Benton and Schroeder, 1990; Kelly, 1982) . وقد اقترحت أساليب عديدة كوسائل ؛ لتشجيع انتقال المهارة المكتسبة من العيادة إلى التفاعل فى الحياة الواقعية ، من بينها : زيادة عدد المدربين ، وتقديم زوار للمجموعة ، واختبار أساليب السلوك الواقعية

(1) Tokens.

المستخدمة ، واتخاذ ترتيبات للنمذجة وتشجيع وتدريب المهارات المستهدفة خارج الجلسات (Goldstein et al., 1978) ، كما وجد أن جلسات التعزيز ذات قيمة أيضاً كوسيلة لتحسين استمرارية المكاسب الناتجة عن التدريب على المهارات الاجتماعية ، بعد نهاية العلاج (Baggs and Spence, 1990) .

الدراسات التقييمية للنتائج

حتى يمكن الحصول على استخلاصات حول فعالية التدريب على مهارات السلوك الاجتماعي الصريح . سيكون من المهم تأكيد أن البحوث التى سيتم تناولها لاتتضمن أساليب أخرى لتعزيز الكفاءة الاجتماعية . وغالباً ماتتضمن الكثير من برامج التدخل تنوعاً فى الأساليب ، مثل : التدريب على الإسترخاء ، تعلم مهارات الإدراك الاجتماعى ، التدريب على مهارات حل مشكلات التفاعل الاجتماعى ، وإعادة تشكيل البنية المعرفية ، كلما كان ذلك مناسباً لاحتياجات العميل . وعلى الرغم من ذلك فإن الدراسات التى ستقدم مراجعاتها فى هذا القسم ، اختيرت باعتبارها اقتصرت على استخدام برامج التدريب على المهارات الاجتماعية الصريحة فقط .

ولسوء الحظ ، هناك الكثير من أوجه القصور المنهجية فى أغلب دراسات النتائج . مثال ذلك أن ثبات وصدق مقاييس تقييم النتائج المستخدمة مشكوك فيها ، كما أن هذه الدراسات تعتمد غالباً على مقاييس التقدير الذاتى للتغير ، بدلاً من المحكات الموضوعية . ويؤدى ذلك بالتالى إلى زيادة احتمال التحيز. وإذا استخدمت مناهج الملاحظة مثل ترميز التقديرات الخاصة بأساليب سلوكية معينة ، أثناء التفاعل فى لعب الأدوار أو فى المواقف الطبيعية ، فغالباً ماتكون صحة الترميز محدودة ، وبالتالى .. فإن استخدام لعب الأدوار فى التقييم مشكوك في صدقه ايضا ، بالنظر إلى أنه سلوك تم الحصول عليه فى موقف قد لايكون ممثلاً للاستجابة فى البيئة الطبيعية (Belleck, 1983) . كما أن هناك قصوراً منهجياً آخر يتعلق بفشل عديد من الدراسات فى تأكيد أن المهارات ، التى تم تعلمها كانت مفقودة أساساً لدى الأشخاص الذين تم تدريبهم . وهناك نقص كبير فى مقاييس المتابعة على المدى الطويل ، أو أن فترة المتابعة ليست بطول كافٍ . وبالمثل فإن تقييم تعميم تغير سلوك من موقف التدريب إلى مواقف الحياة الواقعية غالباً لم يوضع فى الإعتبار . وتجتمع كل هذه الجوانب للقصور ؛ لكى تجعل من الصعب تقدير الدرجة التى يكون بها التدريب على المهارات الاجتماعية مؤدياً إلى تحسن فى أساليب سلوكية معينة ، وما إذا كانت التغيرات ستظل باقية لأمد طويل ، وتظهر فى مواقف الحياة الواقعية أم لا . والأكثر أهمية من ذلك ، هو ما إذا كانت التغيرات فى السلوك تودى إلى تحسن فى الكفاءة الاجتماعية مثل تطور الصداقات أو تحسن العلاقات التفاعلية للفرد (Benton and Schroeder, 1990; Schepherd, 1983) ، ولايوجد فى التراث الكثير الذى يمكن أن يؤكد أن الأفراد يمكن أن يُعلموا كيف يزيدون من استخدامهم لمدى واسع من الأساليب السلوكية مثل التواصل البصرى ، وطريقة وقوفهم وجلوسهم (هيئتهم) وتعبيراتهم الوجهية . وعموماً فإن استخدام هذه المهارات ، يقاس من خلال مواقف لعب الأدوار فى الموقف الإكلينيكى ، غير أنه تبين أن التحسن يعم على المواقف الطبيعية ، ويظل مستمراً عبر الزمن . (Benton and Schroeder, 1990; Schepherd, 1983) .

كما وجد أيضاً أن التدريب على المهارات الاجتماعية يؤدى إلى تغيرات مفيدة فى مستوى أداء المهارات الأكثر تعقيداً ، مثل إطراء شخص ما أو التعبير عن النقد ، أو الإشتراك مع شخص آخر فى مناقشة ، ولايظهر هذا التحسن فى المجموعات ، التى لم تتدرب ،أو المجموعات الضابطة التى حصلت على تدريب كاذب للانتباه ووجد أنه ينتقل خارج موقف التدريب ، ولكن بغير جودة جلسات

التدريب (Payne and Halford, 1990; Lalli et al., 1991; Foxx et al., 1985) . وإذا ما أُختبر التقييم الذاتى لجودة الأداء الاجتماعى ، كأن تستخدم تقديرات التوكيدية ، فإن النتائج ستكون مشجعة عندئذ (Benton and Schroeder, 1990) . ولسوء الحظ فإن تأثير التدريب على المهارات الاجتماعية فى المؤشرات الأكثر عمومية للأداء الاجتماعى والتى يقوم بها أشخاص آخرون لم تكن أبداً إيجابية بالقدر الكافي. وتوحى أن التغيرات فى السلوك الصريح غير مرتبطة دائماً بالتحسن الحالى على المقاييس الأكثر عمومية للكفاءة الاجتماعية . (Benton and Schroeder, op. cit.; Bramston and Spence, 1985) .

وتلخيصاً لذلك يمكن القول أنه يبدو أن طرق التدريب على المهارات الاجتماعية قد تكون فعالة فى تحقيق تحسن فى الأداء ، فى بعض أساليب السلوك المعينة فى كل من المستويين الأساسى والمعقد . وأن القصور المنهجى فى تصميم الكثير من الدراسات يحد من الاستخلاصات التى يمكن الخروج بها ، ولكن يبدو أن هناك بعض الدلائل ، التى توحى أن استمرار وعمومية تحسن المهارات فى المواقف الطبيعية يظهر بالفعل . كما وجدت بالمثل تقارير ذاتية عن تحسن فى الاستجابات الاجتماعية . وسواء ظل التحسن فى الأداء السلوكى لفترات طويلة ، إذا استخدمت فترة متابعة مناسبة (من سنة إلى سنتين مثلاً) مع قياس إجمالى له فى المواقف الطبيعية أو لم يستمر ، مازال فى حاجة للتحديد . كما أن الدرجة التى يؤثر بها التحسن فى مهارات أداء معينة فى تقدير كفاءة الفرد اجتماعياً بواسطة أشخاص آخرين مازالت أيضاً غير واضحة ، والدلائل المتوفرة فى هذا المجال ليست مشجعة تماماً .

التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى

الإدراك الاجتماعى هو القدرة على استقبال المؤشرات الاجتماعية وترجمتها بصورة صحيحة ، بهدف تفسير مشاعر ونوايا الآخرين ، والقدرة على تبين وتمييز المعايير المعينة والتقاليد المتبعة فى أى موقف للتفاعل الاجتماعى . وعلى الرغم من ذلك فقد ركزت أغلب البحوث فى مجال الإدراك الاجتماعى اهتمامها على المعلومات المنقولة عبر التعبير الوجهى والوقفة والجلسة والإيماءات ، ونبرة الصوت . وقد أكد الكثيرون من المؤلفين أهمية مهارات الإدراك الاجتماعى (مثال ذلك Morrison and Bellack, 1981; Hol-lin and Trower, 1986; Schepherd, 1984) ودائمـاً مـايدمج التدريب على هذه المهـارات فى برامج التدريب على مهارات التفاعل (مثال ذلك Becker et al., Hogarty et al., 1991; Trower et al., 1987). ويدمج بيكر وزملاؤه (Becker et al., Cop. cit.) عناصر علاجية ، تسعى لتعليم العملاء الآتى :

١) تعرف المؤشرات الدينامية المختلفة كما تعرض ٢.) أن يفهموا المعايير الاجتماعية . ٣) أن يتخيلوا أو يقوموا بالفعل بعديد من الاستجابات لهذه المؤشرات الدينامية . ٤) أن يلاحظوا مؤشراتهم الدينامية الخاصة ويقوموا بتعديلها بهدف تحسين التواصل . ويوفر هذا البرنامج مخططاً ممتازاً للطريقة التى يمكن للناس أن يُعلموا بها كيف يوجهون انتباههم إلى المؤشرات الاجتماعية التى يصدرها الآخرون ، وكيف يفسرون معانيها . وتُشكّل مواقف معينة لتعلم هذه المهارات . مثال ذلك أن أحد المجالات المستهدفة تتعلق بمراقبة مناقشات الآخرين ومؤشراتهم أثناءها ، بهدف تحديد متى سيقوم الشخص بإنهاء حديثه وترك الحديث للمنصت الذى يتوقع منه الآن أن يتكلم . وتتضمن الطرق الخاصة بتعلم هذه المهارة تعليمات مباشرة ، وتفسيرات لنوع المؤشرات التى تشير إلى مايطلق عليه المؤلفون اسم «العرض بالإزاحة القاعدية» [(١)] ، وكيفية استخدام هذه المؤشرات لإعطاء إشارة إزاحة قاعدية ، ويتم عرض ومناقشة الاستجابات المناسبة لهذه المؤشرات . والتدريب على ملاحظة المؤشرات واستخدام الاستجابات المناسبة

(1) Floor Shift.

لها، واستخدام العائد والمهام المنزلية . وبالتالى فإن الطرق المستخدمة فى التدريب على مهارات السلوك الاجتماعى الصريح يمكن استخدامها هنا بالقدر المناسب نفسه لتعليم المهارات المعرفية الاجتماعية للإدراك الاجتماعى .

وعلى الرغم أنه من الواضح أن التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى معقول للغاية ، إلا أنه توجد فى الواقع دلائل قليلة للغاية تحدد ما إذا كان مثل هذا التدريب فعالاً بالفعل ، وما إذا كان تضمين مكونات مثل هذا العلاج يضيف إلى كفاءة التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الاجتماعى الصريح . واحدى الدراسات القليلة التى اختبرت هذا المجال هى الدراسة التى نشرها بولر Bullmer (1972) . الذى يذكر أن أساليب التعلم بالنمذجة والعائد كانت فعالة فى تحسين مهارات الإدراك الاجتماعى لدى طلاب جامعيين يدرسون الإرشاد التعليمى . ومن الواضح أن التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى مجال مفتوح ومتسع للغاية للبحوث ، كما أن وجود أساليب تقييم الإدراك الاجتماعى (Archer and Alert, 1977; Ekman, 1971; Rosenthal et al., 1979; Spencer, 1980) سيؤدى لأن يصبح القيام بالدراسات التقييمية أسهل نسبياً . وكثيراً ما أدرجت مهارات القيام بالأدوار ، وتناول الرموز من منظور إجتماعى ، ومهارات التعاطف فى فئة الإدراك التفاعلى . ومرة أخرى يتبين أن الاهتمام الرئيسي للبحوث، كان متجهاً لدراسة مدى اتساع هذه المهارات وأهميتها ، وأستخدامها أكثر مما اتجه إلى تعزيزها . (Hughes, 1978)

وفى ضوء نقص البحوث التقييمية فى مجال التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى ، يمكن الخروج بعدد قليل من الاستخلاصات . ويبدو أن هناك حاجة لتطورات تالية فى ضوء التأثير الضخم ، الذى يمكن أن تحدثه آفات مهارات الإدراك الاجتماعى على الكفاءة الاجتماعية . (Morrison and Belleck, 1981) .

التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية

تؤدى مهارات حل المشكلات الاجتماعية إلى تمكين الفرد من تحديد وجود موقف مُشكل وتحديد مجال الاستجابات البديلة ، وتمكنه من التنبوء بالنتائج المحتملة لكل بديل ، وبالتالى يختار الاستجابة ذات الاحتمال الأكبر لأن تؤدى إلى نتيجة ناجحة . وقد نُوقشت أهمية مهارات حل المشكلات الاجتماعية بواسطة مؤلفين متعددين (مثال ذلك . McFall, 1982) ، وقدمت خطوطها العريضة تفصيلاً فى الفصل الحادى عشر . وأفات حل المشكلات الاجتماعية متضمنة فى عدد من الاضطرابات النفسية بما فى ذلك الاكتئاب (Nezu, 1986) والفصام (Platt and Spivek, 1972) . وقد أدى العدد المحدود من الدراسات التى فحصت مدى فعالية التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية إلى نتائج مشجعه . وقد نشر تونتيمان وزملاؤه Twentyman et al. (1978) بعض التحسن فى الاستجابات التوكيدية تلى التدريب على حل المشكلات . وقد قارنت هذه الدراسة بين إجراء يتضمن النمذجه والمرانة وبروفات على التعبيرات الذاتية الإيجابية والتدريب على حل المشكلات الاجتماعية ، وبين منحى معيارى للتدريب على المهارات الاجتماعية ، وقد تفوقت كل المجموعات على المجموعة الضابطة فى الأداء على المقاييس السلوكية للتوكيد ، ولكن لم تظهر فروق بينهم على الإجراءات الأخرى . كما قارن نيزو Nezu (1986) بين التدريب على حل المشكلات الاجتماعية المصحوب بعلاج يتركز حول مشكلة ، وبين مجموعة ضابطة من المرضى على قوائم الانتظار على علاج الاكتئاب . وقد أدى التدريب على حل المشكلات الاجتماعية إلى نقص جوهرى فى مستوى الاكتئاب كان مصحوباً بتحسن فى مهارات حل المشكلات . وقد ظلت الفوائد المحققة مستمرة على

مدى ستة أشهر من المتابعة ، ولم يكن واضحاً فى حالتى المقارنة مايوحى أن التدريب على حل المشكلات الاجتماعية له قيمة فى علاج الاكتئاب . وقدم بليك وزملاؤه Bellack et al. (1989) مراجعة لنتائج الدراسات المتعلقة بالتدريب على حل المشكلات الاجتماعية لدى الفصاميين . وقد ذكر هؤلاء المؤلفون عديداً من المشكلات المنهجية فى هذه الدراسات ، مثل : الحجم الصغير للعينات ، ونقص المقاييس المناسبة لتقييم النتائج ، وتدخل مكونات علاجية إضافية ، مما جعل من الصعب استخلاص أيه نتائج حاسمة حول قيمة التدريب على حل المشكلات الاجتماعية بالنسبة للمرضى الفصاميين . وقد استخدم التدريب على حل المشكلات الاجتماعية أيضاً مع راشدين معاقين عقلياً ، وقد وجدت دراسة نشرها برامستون وسبنس Bramston and Spence (1985) أن التدريب على حل المشكلات الاجتماعية أدى إلى تحسن جوهرى فى توليد حلول بديله لدى راشدين متخلفين عقليًا تخلفاً متوسطاً ، غير أن هذا التأثير لم يدم طويلاً ، ولم يؤد إلى تحسن فى التقديرات الإجمالية للكفاءة الاجتماعية وفق تقديرات فريق العناية . غير أنه من المشوق ملاحظة أن التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الصريح ، لم يؤد إلى زيادة مماثلة فى توليد الحلول البديله ، ولكنه أدى إلى تحسن حقيقى فى بعض المهارات الاجتماعية المعينة ، وهو تأثير لم ينتج فى حالة التدريب على حل المشكلات الاجتماعية . وبالتالى يكون تدريب راشدين متوسطى التخلف العقلى على مهارات حل المشكلات الاجتماعية قد أدى إلى مزايا قاصرة على التغير المعرفى ، بينما أدى التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الصريح إلى مزايا قاصرة على السلوك الصريح . ومرة أخرى يتعين الإشارة إلى أنه مثلما يحدث فى أغلب دراسات التدريب على المهارات الاجتماعية ، لم يكن أساس اختيار المفحوصين هنا أيضاً وبصفة عامة هو وجود آفات فى المهارات التى ستُتعلم ، أى آفات مهارات حل المشكلات الاجتماعية . وقد تكون منافع التدريب على حل المشكلات الاجتماعية أكثر تميزاً ، إذا طبق على عملاء يعانون من ضعف فى قدرات حل المشكلات ، وليس على عملاء مجرد يفترض وجود مثل هذه الآفات لديهم .

التحكم في المشاعر : خفض القلق والغضب

خفض القلق

تم بقوة فى الفصل السابق تأكيدأهمية القلق الاجتماعى فى تطور واستمرارية عدم الملاءمة الاجتماعية . وبالنسبة لبعض العملاء ، قد يتعرض استخدامهم لمهاراتهم الاجتماعية للكف نتيجة للمستوى المرتفع من القلق ، أو قد يتجنبون مواقف اجتماعية معينة ، مما يؤدى إلى حدوث صعوبات تفاعليه (Curran, 1977) . ويكون من المهم فى هذه الحالات أن يتركز العلاج على تعليم طرق خفض القلق ، وأكثر الطرق المستخدمة شيوعاً فى خفض القلق تتضمن التدريب على الاسترخاء والتسكين المنظم . ويحدد المعالج فى هذا الإجراء الأخير سلماً متدرجاً من المواقف المثيرة للخوف ، ويشجع العميل على التعرض لهذه المواقف المثيرة للخوف ، بينما يكون منشغلاً فى استجابات ، لاتتوافق مع القلق (بمعنى أن يكون فى حالة استرخاء) ،، ويكون برنامج التعرض تدريجيًا ، حيث يتعلم العميل أولاً كيفية التعامل مع أقل المواقف إثارة للقلق ، ثم يتقدم بشكل منتظم نحو أكثرها إثارة للخوف وهناك الآن دلائل قوية على أن التسكين المنظم وأساليب التعرض من هذا النوع يمكن أن تكون فعالة مع العملاء ، الذين يعانون مشكلات الخوف الإجتماعي والقلق الاجتماعى ، والخجل المفرط (Heimberg, 1989) ، ويبدو أن التعرض فعال أيضاً مع مرضى المخاوف الاجتماعية الذين يعانون من آفات أساسية فى المهارات الاجتماعية ، بالإضافة إلى مخاوفهم الاجتماعية . وعلى الرغم من ذلك ، ونتيجة للصعوبات فى ترتيب تعرض متصل ونتيجة للتأثير المعرفى على المخاوف الاجتماعية ، فإن العلاج المعرفى دائماً مايكون ضرورياً لاستكمال العلاج (انظر

مايلى وكذلك Lindsay الفصل الثامن) وبالتالى فمن غير الواضح إذا ماكان التدريب على المهارات الاجتماعية ، أو التسكين المنظم هو أكثر أساليب العلاج مناسبة للعملاء ذوى المخاوف الاجتماعية ، الذين يعانون من أفات فى المهارات الاجتماعية . وقد ذكر ولازلو وزملاؤه (1990) .Wlazlo et al أن كلاً من المنحيين متساويان فى تأثيرهما ، بعد العلاج على مدى ثلاثة أشهر ، وعلى مدى عامين من المتابعة حتى بالنسبة لمرضى المخاوف الاجتماعية ، أصحاب آفات المهارات الاجتماعية . وعلى الرغم من ذلك يذكر تراور وزملاؤه (1978) .Trower et al أن المرضى القلقين اجتماعياً ممن لديهم آفات فى المهارات الاجتماعية يستجيبون بالقدر الجيد نفسه للتدريب على المهارات الاجتماعية والتسكين المنظم . ومن المشوق أن نجد أن التدريب على المهارات الاجتماعية يؤدى إلى خفض القلق الاجتماعى لدى الأشخاص ، ممن لاتوجد لديهم آفات فى المهارات الاجتماعية . ويحتمل أن يكون تفسير ذلك راجعاً إلى البيئة «الآمنه» ، التى تتوفر من خلال مجموعات التدريب على المهارات الاجتماعية ، وحيث تكون المهام الاجتماعية المثيرة للخوف ممكنة الممارسة ، دون خوف من التعرض للسخرية أو النتائج السلبية . كما توفر الواجبات المنزلية أيضاً إمكانية التعرض للمواقف التى سبق تجنبها . وبالتالى فإن منحى التدريب على المهارات الاجتماعية يتيح خبرة تسكينية مما يترتب عليه خفض للخوف . ومن المثير للشغف ملاحظة أن الخصائص المميزة للمخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعى يبدو أنها ليست مجرد خوف من مواقف اجتماعية ، بل خوف من التعرض للتفحص والتقييم السلبى من الآخرين . وقد أدى ذلك إلى تطور طرق إعادة التشكيل المعرفى ، التى صممت لمعالج الأفكار والإتجاهات ، التى يعتقد أنها تؤدى إلى الاستجابات الإنفعالية للخوف والقلق فى المواقف المنبهة لهما (Butler, 1989). وقد تم تناول هذا المجال بتفصيل أكبر فيما يلى .

ضبط الغضب والتحكم فيه

تعد عدم القدرة على التنظيم الذاتى لإنفعال الغضب مسئولة بقدر ما عن الاستجابات الاجتماعية غير الملائمة فى التفاعلات الضاغطة أو المستفزة (Novaco, 1975, 1977) . ولتقدير التحكم فى الغضب يؤكد نوفاكو على الحاجة إلى التركيز على الاستجابات المعرفية والبدنية الإنفعالية والسلوكية ، وقد أدى ذلك إلى تطوير برنامج شامل للتحكم فى الغضب ، يتضمن عديداً من إجراءات التعديل المعرفى والاسترخاء وطرق التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الصريح . ويُعلم العملاء بشكل نمطى كيفية تحديد المواقف التى تميل إلى استثارة الاستجابات الغاضبة ، وأن يلاحظوا الاستجابات الفسيولوجية التى تشير إلى المراحل المبكرة للغضب ، وما أن تتم هذه الخطوة حتى يُدرب العملاء على وقف الاستجابة ، وليس الاستجابة عندما يلاحظون المواقف المثيرة والاستجابات الفسيولوجية ، ثم يدربوا بعد ذلك على الاسترخاء ، وأن يستخدموا استراتيجيات حل المشكلات التفاعلية ، التى سبق إيضاحها بهدف اختيار الاستجابة الملائمة اجتماعيًا . ويمكن استخدام استراتيجيات الحديث الذاتى لتعليم الناس كيفية القيام بحل المشكلات الضرورية ، وتستخدم بعد ذلك طرق التدريب على المهارات الاجتماعية لتعليم العميل ، كيف يستجيب بشكل مناسب وبطريقة تتسم بالكفاءة . ويهدف العلاج فى المستوى المعرفى إلى تصحيح كل من التقييم والإعزاء والتوقعات الخاطئة ، ومواجهة التعبيرات الذاتية السلبية ، كما توصف فى القسم التالي.

وقد نشر نوفاكو عدة دراسات ، يعلم فيها العملاء أساليب التعامل المعرفى والبدنى والسلوكى ، والتى يقومون بعد ذلك بممارستها فى المواقف المستفزة . وقد توصل باحثون آخرون (مثال ذلك : Moon and Eisler , 1983) إلى دلائل تدعم فوائد هذا النمط من المناحى للتحكم فى الغضب ، مشيرين إلى قيمة المناحى المعرفية السلوكية مع العملاء ، ممن تقرن صعوباتهم التفاعلية بمشكلات فى الطباع والتحكم فى الغضب

خفض سوء التوافق المعرفى

أشرنا حتى الآن إلى ثلاثة أنماط للتدخل ، وهى التدريب على الإدراك الاجتماعى ، والتدريب على حل المشكلات الاجتماعية ، واستخدام استراتيجية الحديث الذاتى (١) . وقدم مؤلفون آخرون (Rehm and Marston, 1986; Becker et al., 1987) الخطوط العريضة لاستخدام ملاحظة الذات (٢) والتقييم الذاتى وأساليب التدعيم الذاتى لتحسين الكفاءة الاجتماعية لبعض العملاء .

وعلى الرغم من ذلك ، حظيت الحاجة لتعديل سوء التوافق المعرفى والسلبى بالانتباه فى علاقتها ببرامج التعزيز الاجتماعى (Glass et al., 1976; Halford and Foddy, 1982; Butler, 1989) .

وقدر تركز القدر القليل من البحوث المتاح حتى الآن على المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعى فى مجال الجنسية الغيرية . وعرضت عدة دراسات مزايا أساليب إعادة التشكيل المعرفى فى علاج المخاوف الاجتماعية ، مثال ذلك أن هيمبرج (Heimberg, 1989) وماتيك وزملاءه Mattick et al. (1989) ذكروا أن إعادة التشكيل المعرفى كان أكثر فاعلية من التعرض ، من خلال الأداء على مقاييس التجنب فى المخاوف ، والتقييم السلبى والمعتقدات غير العقلانية . وقد أشار كل من كانتر وجولد فرايدKanter and gold Fried(1979) ومالكو فيتش وميرلوزى Malkiefich and Merluzzi (1980) إلى فعالية إجراءات التشكيل المعرفى العقلانى فى خفض القلق وزيادة القدرة على الإتجاه ، نحو مواقف اجتماعية جنسية غيرية والتعامل معها بكفاءة ، كما ذكر جلاس وزملاءه أيضاً Glass et al. (1976) نتائج إيجابية لاستخدام إجراء للتعزيز الذاتى المعرفى مع ذكور قلقين اجتماعياً . ويتضمن هذا الإجراء برنامج نصف آلى مسجل على شرائط صوتية تتضمن وصفاً لمواقف جنسية غيرية ، ثم يعرض نموذجًا تستبدل فيه الأفكار الإيجابية بالأفكار السلبية ، ويطلب من العملاء بعد ذلك عمل بروفة للتعبيرات الايجابية الذاتية بصوت مرتفع وحيث يتلقون عليها عائداً ومرانا . وقد وجد تحسن جوهرى على المقاييس السلوكية بعد التدخل فى عدد المكالمات التليفونية للحصول على مواعيد من فتيات ، وفى الانطباع عن الإناث أثناء المكالمات التليفونية . وعلى الرغم من ذلك وجدت نتائج مشابهة فى إجراء أكثر تقليدية للتدريب على المهارات الاجتماعية الحركية . وذلك على الرغم من وجود بعض الدلائل على تعميم أكبر للتغير السلوكى ، فى حالة الإجراء المعرفى . ولم يتفوق استخدام تأليف من بين الإجراءات المعرفية السلوكية من هذه الإجراءات . وكانت كل أساليب العلاج متفوقة على المجموعة الضابطة التى لم تتلق علاجاً ، وقد تبين أن استخدام أساليب إعادة التشكيل المعرفى مثل أساليب بيك Beck (1976) أو إليس Ellis (1968) غير مشجعة ، عند تطبيقها على مشكلات الكفاءة الاجتماعية ، كما ظهر من خلال العدد القليل المتاح من الدراسات حتى الآن (انظر Lindsay الفصل الثامن و Bradley الفصل السادس) . وقد شكلت مثل هذه الأساليب جزءاً متكاملاً من الكثير من برامج التدريب على التوكيدية . (مثال ذلك : Lang and Jakubowski, 1976) وعلاجاً متكاملاً للمخاوف الاجتماعية (مثال ذلك Heimberg et al, 1985) .

مناحى التعزيز الاجتماعى لاضطرابات معينة

سننظر الآن فى تطبيقات الأساليب ، التى سبق ذكرها على بعض جماعات العملاء النوعية . وتكشف مراجعة هذه الدراسات عن أن المؤلفين يستخدمون بطريقة نمطية تعبير «التدريب على المهارات الاجتماعية» ليغطى مجالاً واسعاً من الأساليب ، التى تتضمن بصفة عامة بعض أو كل الطرق المشار إليها

(1) Self-talk.
(2) Self monitoring.

فيما سبق . وبالتالى فإن تعبير «التدريب على المهارات الاجتماعية» سيستخدم هنا تحت هذه المظلة ، مع إيضاح المكونات المستخدمة فى الدراسات المختلفة كلما كان ذلك ممكناً . وقد طبقت أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية ذات الأشكال المختلفة على كل مجموعات العملاء ، التى يمكن تخيلها تقريباً ، وعلى مجال واسع من المهارات المستهدفة ، ومن غير الممكن مناقشة كل هذه المجالات هنا ، وبالتالى سيشار فقط لبعض مجموعات العملاء .

المتخلفون عقليًا

قيم عديداً من الدراسات مزايا تدريب الراشدين المتخلفين عقلياً على المهارات الاجتماعية ، ونوع التدريب المستخدم ، وأهداف التدخل وفقاً لدرجة شدة الآفات المعرفية . وللتدريب على المهارات التفاعلية مكانة مهمة فى تعليم الأشخاص المتخلفين عقلياً ، وكثيراً ماذكر ضمناً أن الراشدين المتخلفين عقلياً يمكن تدريبهم لتحسين استخدامهم لمهارات اجتماعية معينة وأساسية ومعقدة على المدى القصير . غير أن المدى الذى تستمر فيه هذه المزايا وتبقى ودرجة تعميمها على التفاعلات الاجتماعية أقل إثارة (Foxx et al., 1983; Bates, 1980; Lalli et al., 1991) ، بالإضافة إلى ذلك فإن تأثير تدريب مهارات اجتماعية معينة على المقاييس الأكثر عمومية للكفاءة الاجتماعية دائماً ماكانت ضعيفة (Bramston and Spence, 1985; Matson and Senator, 1981) وبالتالى يتعين أن تركز الجهود المستقبلية على تطوير أساليب ، تساعد على الحفاظ على التحسن الذى تم وتعزز تعميمه على مواقف الحياة اليومية .

وبالنظر إلى الآفات المعرفية الموجودة لدى الأشخاص المعاقين عقليًا سيكون من المنطقى إفتراض أن الآفات المعرفية فى مهارات حل المشكلات التفاعلية ستلعب دوراً مهمًا يؤدى إلى إستجابات تفاعليه غير مناسبة . وبالتالى يبدو أن التدريب على مهارات حل المشكلات التفاعلية يعد مكوناً مهمًا فى التدخل بالنسبة للراشدين المعاقين عقلياً ممن يعانون من صعوبات اجتماعية . وكما سبق الإشارة إلى ذلك فإن الراشدين المعاقين عقلياً يمكن تدريبهم ؛ لزيادة قدرتهم على إنتاج حلول بديلة للمشكلات الاجتماعية إلا أنه يبدو أن هذا التأثير غير دائم دون تدخل إضافى ، ولايؤدى إلى تحسن جوهرى فى الكفاءة الاجتماعية الكلية (Bramston and Spence, 1985) ، ويحتمل أن يكون تآليفاً من المناحى المعرفية السلوكية الصريحة للتدخل ، أكثر فائدة من كل طريقة مستخدمة على حدة.

ومن الواضح أنه يتعين أن تتوافق الطريقة ، التى يقدم بها التدريب على المهارات الإجتماعية مع المهارات المعرفية ومدى الذاكرة لدى العملاء . ويصف فوكس وزملاؤه Foxx et al (1983). استخدام لوحة ألعاب وطريقة للعب الأدوار لتعليم مهارات مثل تلقى وتقديم إطراء ، وقد ذكر أن هذه الطريقة تؤدى إلى تحسن على المدى القصير فى المهارات الاجتماعية المستهدفة ، وتمثل طريقة جديدة فى التدريب على المهارات الاجتماعية مع الراشدين المعاقين عقلياً .

الفصـــــام

صعوبات الأداء الاجتماعى خاصية شائعة فى الفصام ، وهى تنتج عن عدد كبير من العوامل ، التى يمكن أن تتباين بالنسبة للأفراد المختلفين . وتتضمن هذه المتغيرات شبكة علاقات اجتماعية محدودة ، وآفات معرفية فى مهارات الإدراك الاجتماعى ، وآفات فى مهارات السلوك الاجتماعى (Shepherd, 1986) ويرى شيفرد أنه يتعين وضع مجموعة المتغيرات ، التى يمكن أن تسهم فى صعوبات الأداء الاجتماعى فى الإعتبار فى برامج التدخل . وبالإضافة إلى ذلك ، تسهم هذه المتغيرات أيضاً فى مناحى التدريب على

المهارات الاجتماعية ، مثال ذلك أن هناك حاجة لطرق لتعزيز شبكة العلاقات الاجتماعية بهدف خفض القلق الاجتماعى أو لضبط نوبات الغضب وفقاً للخصائص الشخصية لكل عميل . وبالإضافة إلى كل ذلك يتعين أن يؤخذ فى الإعتبار عند تصميم برامج التدخل طراز آفات المهارات الاجتماعية السلوكية المعينة بالنسبة للعملاء المختلفين.

وقد أوضحت دراسات عديدة جدوى تدريب المرضى الفصاميين على مهارات سلوكية اجتماعية معينة ، على الرغم من أن المزايا المحققة تعمم بصورة جزئية على التفاعلات الطبيعية ، وتُظهر بعض التدهور مع الوقت . (Benton and Schroeder, 1990, Poyne and Halford, 1990) . وعلى الرغم من أن التأثير طويل المدى على التوافق الاجتماعى مخيب للآمال ، حتى مع برامج التدريب المكثف والممتد على المهارات الاجتماعية . يذكر هوجارتى وزملاؤه Hogarty et al. (1991) على سبيل المثال أنه يتبين أن آثار التدريب على المهارات الاجتماعية تتدهور بعد عامين من التدخل المستمر ، بينما التدخلات التى تتم فى مجال الأسرة تستمر فى منع الانتكاس وتعزز التوافق الاجتماعى . ويحتمل أن تكون الميكانيزمات البيولوجية المتضمنة فى الفصام هى التى تبطل فى نهاية الأمر من مزايا التدريب على المهارات الاجتماعية . بينما التدخلات فى مجال الأسرة التى تهدف مباشرة إلى خفض الأحداث المستفزة فى محيط البيئة الأسرية ، والتى يعتقد أنها مسئولة عن أثاره نوبات جديدة من الاضطراب ، تكون أكثر نجاحاً فى منع الانتكاس .

الاكتئــــاب

يعتمد تطبيق أساليب تدريب الأشخاص المكتئبين على المهارات الاجتماعية ، على افتراض أن آفات المهارات الاجتماعية تلعب دوراً فى أسباب المرض . ومع ذلك فإن الدراسات التى قامت بفحص آفات المهارات الاجتماعية فى الاكتئاب أدت إلى نتائج متضاربة . ويقدم وليمز Williams (1992) مراجعة لهذه الدلائل ويستخلص منها أنه يبدو من المؤكد أن الأشخاص المكتئبين يحدثون تأثيراً سلبيًا على الآخرين بمعنى الأحكام على كفاءتهم الاجتماعية . ومن المشوق ملاحظة أن هذا التأثير لايمكن إعزاؤه إلى آفات جزئية نوعية فى المهارات الاجتماعية . ولايبدو أن هناك فرقًا جوهرياً في ذلك بين المكتئبين وبين غير المكتئبين . ويرى وليمز أن مضمون مناقشات الشخص المكتئب قد يكو هو الذى يؤدى به إلى مشاعر الاغتراب وليس الطريقة التى تقدم بها المعلومات . ويتيعن الإشارة إلى أنه على الرغم من أن الأفراد المكتئبين كمجموعة ، قد لاتلاحظ لديهم آفات فى مهارات السلوك الاجتماعى فى مستوى جزئى ، إلا أن طرق التدريب على المهارات الاجتماعية تظل مفيدة فى تغيير مضمون المناقشات ، وفى إنتاج تأثير أكثر إيجابية على بقية الناس. وهناك دلائل جوهرية على تأثير التدريب على المهارات الاجتماعية ، مثلما توجد مثل هذه الدلائل بالنسبة للمجموعات الأخرى . وذلك فيما يختص بتعزيز مهارات السلوك الاجتماعى ، إلا أن التأثير على المقاييس العامة للكفاءة الاجتماعية وعلى مقاييس الاكتئاب أقل إقناعاً . وقام هيرسن وزملاءه Hersen (1984) بتقسيم ١٢٠ امرأة مكتئبة إلى أربع مجموعات علاجية . تعالج المجموعة الأولى بعقار أميتريبتيلين (١) وتعالج المجموعة الثانية بالامتريبيتلين مع تدريب على المهارات الاجتماعية والثالثة بدواء كاذب (٢) مع تدريب على المهارات الإجتماعية ، والرابعة بعلاج كاذب وعلاج نفسى (٣) ، واستمرت كل المجموعات فى العلاج لمدة اثنى عشر أسبوعاً بالإضافة إلى فترة تتراوح بين ٦ إلى ٨ جلسات دعم

(1) Amitripyline.
(2) Placebo.
(3) Psychotherapy.

وتقوية خلال شهور المتابعة الست . ولم تظهر أية فروق بين المجموعات على مقاييس الاكتئاب . إلا أن التدريب على المهارات الاجتماعية أدى إلى تحسن جوهرى على مقاييس المهارات الاجتماعية الأساسية والتقديرات الكلية للتوكيدية أثناء لعب الأدوار . وقد بقيت هذه الفروق على امتداد شهور المتابعة الستة . ويحتمل أن تكون فترة تدريب أطول على المهارات الاجتماعية مطلوبة لكى تؤدى إلى تأثير إيجابى على الاكتئاب . ويذكر ميلر وزملاؤه (1989) Miller et al. أن التدريب على المهارات الاجتماعية يؤدى إلى انخفاض جوهرى للاكتئاب استمر لأكثر من ستة أشهر . ويتضمن برنامجهم حوالى ثلاثين جلسة يومية، خلال إقامتهم بالمستشفى ، ومرة أسبوعياً على إمتداد عشرين أسبوعاً فى مرحلة التردد من الخارج على المستشفى ، ولم تقم هذه الدراسة بقياس التغيرات فى المهارات الاجتماعية ، وبالتالى يتعذر تحديد ما إذا كان الانخفاض فى الاكتئاب قد اقترن بالتحسن فى المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية أم لا .

المخاوف الاجتماعية

هناك الكثير مما هو مشترك بين كل من القلق الاجتماعى والخجل ، والمخاوف الاجتماعية ، وكثيراً ماتستخدم هذه التعبيرات بالتبادل . وتتضمن الخصائص المشتركة مشاعر ذاتية بالقلق المتعلق بالمواقف الاجتماعية ، وعلى وجه الخصوص تلك المواقف التى تتضمن تقييماً من جانب الآخرين ؛ مما يؤدى إلى تجنب المواقف المثيرة للخوف . ودور آفات المهارات الاجتماعية فى القلق من الأمور غير الواضحة . وقد فشلت البحوث فى التوصل إلى دلائل مقنعة على وجود آفات فى المهارات الاجتماعية على المستوى الجزئى، على الرغم من أن التقديرات الإجمالية للكفاءة الاجتماعية بواسطة محكمين مستقلين ، تميل لأن تكون أقل بالنسبة لأصحاب المخاوف الاجتماعية مقارنة بمجموعات ضابطة من غير القلقين اجتماعياً (Beidel et al., 1985, Turner et al., 1986) وعلى الرغم من نقص الآفات الواضحة فى المهارات الاجتماعية الجزئية، إلا أن عديداً من البرامج طبقت أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الصريح ، فى علاج القلق الاجتماعى والخوف الاجتماعى .

ومن المشوق ملاحظة أن هناك كثيراً من التقارير ، التى تشير إلى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية فى علاج المخاوف الاجتماعية . ويبدو أن التدريب على المهارات الاجتماعية يتساوى فى فوائده بالنسبة للعملاء ، سواء من لديهم آفات فى المهارات الاجتماعية أم لا (Fallon et al., 1981; Wlazlo et al., 1990; Marsch et al., 1989) . وبالمثل وجد أن العملاء من أصحاب المخاوف الاجتماعية المقترنة بآفات فى المهارات الاجتماعية يستجيبون بشكل جيد وبالقدر نفسه للعلاج بالتعرض والعلاج المعرفى وطرق التدريب على المهارات الاجتماعية بالصورة ، التى نوقشت بها فيما سبق . وتؤدى هذه النتائج إلى الإيحاء بأن التدريب على المهارات الاجتماعية يمكن أن يكون ناجحاً مع أصحاب المخاوف الاجتماعية؛ نتيجة للإمكانية التى يوفرها للمران على الاستجابات ، التى سبق تجنبها فى بيئة غير مهددة . وربما يؤدى هذا التعرض بعد ذلك إلى تبديل المعتقدات السلبية المتعلقة بالنتائج المنفرة المحتملة من تقييم الآخرين .

خلاصـــة

قدم هذا الفصل الخطوط العريضة لمجموعة متنوعة من الطرق ، التى تطبق على نطاق واسع لتعديل عدم الملاءمة الاجتماعية . وقد برزت بالنسبة لكل طريقة تمت مناقشتها ، سواء كانت التدريب على المهارات الاجتماعية أم خفض القلق أو حل المشكلات الاجتماعية ، أو أى شيء آخر خاصيتان شائعتان : الأولى هى أن هذه الطرق طبقت بصفة عامة كجزء من حزمة ، مما جعل من الصعب التوصية بأسلوب أو آخر ، الثانية هى أن أغلب الدراسات اختارت عملاء للتدخل ، على أساس نوع من أنواع المرض النفسى (مثال

ذلك الفصام أو الاكتئاب) ، أو على أساس عدم الملاءمة فى مواقف اجتماعية معينة (مثال ذلك صعوبة الحصول على موعد مع فتاة) ونادراً ماجرت محاولات ؛ للتأكد من أن كل العملاء يعانون حقيقة من المشكلات المفترضة ، مثل : النقص فى المهارات الاجتماعية ، أو القلق الاجتماعى المرتفع ، أو ضعف مهارات حل المشكلات. وتؤدى هذه المشكلات لصعوبة الخروج باستخلاصات حاسمة ، حول تأثير أساليب تدخل اجتماعية محددة ، وبالتالى يتعين أن تركز الدراسات التالية على إقتران أساليب العلاج باحتياجات كل عميل ، مع تصميم البرنامج لمعالجة العوامل التى تسبب معاناة الشخص من صعوبات التوافق . ويتعين بالمثل توجيه قدر أكبر من الإهتمام لطرق تعزيز عمومية التحسن الناتج عن العلاج من موقف العيادة إلى مواقف التفاعل اليومية. ويحتاج الأمر بالمثل إلى فحص طرق التوصل إلى مزايا تدوم طويلاً ، وهو الأمر الذى يؤثر بصورة قوية على جودة العلاقات التفاعلية والأداء الاجتماعى الكلى . والتحسن فى سلوكيات معينة مثل المهارات الاجتماعية الجزئية ، أو مهارات حل المشكلات الاجتماعية يكون مفيداً فقط، إذا ما كان كبيراً بقدر كافٍ وله صلة بالعميل ؛ بحيث يؤدى إلى تحسن إيجابى فى الكفاءة الاجتماعية الكلية.

References

Archer, D. and Akert, R. M. (1977) 'Words and everything else: verbal and non-verbal areas in social interpretation', *Journal of Personality and Social Psychology* 35: 443–49.

Baggs, K. and Spence, S. H. (1990) 'Effectiveness of booster sessions in the maintenance and enhancement of treatment gains following assertion training', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 845–54.

Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.

Bates, P. (1980) 'The effectiveness of interpersonal skills training on the social skill acquisition of moderately and mildly retarded adults', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 13: 237–48.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

Becker, R. E., Heimberg, R. G., and Bellack, A. S. (1987) *Social-Skills Training for Depression*, New York: Pergamon.

Beidel, D. C., Turner, S. M. and Dancu, C. V. (1985) 'Physiological, cognitive and behavioural aspects of social anxiety', *Behaviour Research and Therapy* 23: 109–17.

Bellack, A. S. (1983) 'Recurrent problems in the behavioural assessment of social skill', *Behaviour Research and Therapy* 21: 29–41.

Bellack, A. S. Turner, S. M. Hersen, M and Luber, R. F. (1984) 'An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients', *Hospital and Community Psychiatry* 35: 1023–8.

Bellack, A. S., Morrison, R. L. and Mueser, K. T. (1989) 'Social-problem-solving in schizophrenia', *Schizophrenia Bulletin* 15: 101–16.

Benton, M. K. and Schroeder, H. E. (1990) 'Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 741–7.

Bramston, P. and Spence, S. H. (1985) 'Behavioural versus cognitive social skills training with intellectually handicapped adults', *Behaviour Research and Therapy* 23: 239–46.

Bullmer, K. (1972) 'Improving accuracy of interpersonal perception through a direct teaching method', *Journal of Counselling Psychology* 19: 37–41.

Butler, G. (1989) 'Issues in the application of cognitive and behavioural strategies to the treatment of social phobia', *Clinical Psychology Review* 9: 91–106.

Curran, J. P. (1977) 'Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety: a review', *Psychological Bulletin* 84: 140–57.

Curran, J. P. and Monti, P. M. (eds) (1982) *Social Skills Training*, New York: Guilford.

Ekman, P. (1971) 'Universal and cultural differences in facial expressions of emotions', in J. K. Cole (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*, Nebraska: University of Nebraska Press.

Ellis, A. (1958) 'Rational psychotherapy', *Journal of General Psychology* 59: 35–49.

Falloon, I. R. H., Lloyd, G. G. and Harpin, R. E. (1981) 'The treatment of social phobia: Real-life rehearsal with nonprofessional therapists', *Journal of Nervous and Mental Disease* 169: 180–3.

Foxx, R. M., McMorrow, R. J. and Schloss, C. N. (1983) 'Stacking the Deck: Teaching social skills to retarded adults with a modified table game', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 16: 157–70.

Foxx, R. M., McMorrow, R. J. Bittle, R. G. and Fenlon, J. (1985) 'Teaching social skills to psychiatric in-patients', *Behaviour Research and Therapy* 23: 531–7.

Friedman, P. H. (1971) 'The effects of modelling and role playing on assertive behaviour', in R. D. Rubin, H. Fensterheim, A. A. Lazarus and C. M. Franks (eds) *Advances in Behavior Therapy*, New York: Academic Press.

Glass, C. R., Gottman, J. M. and Schmirak, S. H. (1976) 'Response-acquisition and cognitive self-statement modification approaches to dating skills training', *Journal of Counselling Psychology* 23: 520–6.

Goldstein, A. P. (1973) *Structured Learning Therapy: Towards a Psychotherapy for the Poor*, New York: Academic Press.

Goldstein, A. P., Sherman, M., Gershaw, N. J., Sprafkin, R. P. and Glock, B. (1978) 'Training aggressive adolescents in prosocial behaviour', *Journal of Youth and Adolescence* 7: 73–93.

Halford, W. K. and Foddy, M. (1982) 'Cognitive and social-skill correlates of social anxiety', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 17–28.

Heimberg, R. G. (1989) 'Cognitive and behavioural treatments for social phoboa: a critical analysis', *Clinical Psychology Review* 9: 107–28.

Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K., and Vermilyea, J. A. (1985) 'Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring and homework assignments', *Journal of Nervous and Mental Disease* 173: 236–45.

Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M. and Thase, M. E. (1984) 'Effects of social skills training, amitriptyline and psychotherapy in unipolar depressed women', *Behaviour Therapy* 15: 21–40.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F., and Carter, M. (1991) 'Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia', *Archives of General Psychiatry* 48: 340–6.

Hollin, C. R. and Trower, P. (1986) 'Social skills training: critique and future development', in C. R. Hollin and P. Trower (eds) *Handbook of Social Skills Training: Clinical Applications and New Directions* 10: 237–58, Oxford: Pergamon.

Hughes, M. (1978) 'Selecting pictures of another person's view', *British Journal of Educational Psychology* 48: 210–19.

Kanter, N. J. and Goldfried, M. R. (1979) 'Relative effectiveness of rational restructuring and self control desensitization in the reduction of inter-personal anxiety', *Behaviour Therapy* 10: 472–90.

Kazdin, E. A. (1982) 'The separate and combined effects of covert and overt rehearsal in developing assertive behaviour', *Behaviour Research and Therapy* 20: 17–25.

Kelly, J. A. (1982) *Social Skills Training: a Practical Guide for Interventions*, New York: Springer.

Lalli, J. S., Pinter-Lalli, E., Mace, F. C. and Murphy, D. M. (1991) 'Training interactional behaviours of adults with developmental disabilities: A systematic replication and extension', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 24: 167–74.

Lange, A. J. and Jakubowski, P. (1976) *Responsible assertive behaviour: Cognitive-behavioural procedures for trainers*, Champaign, Ill.: Research Press.

Liberman, R. P., King, L. W., De Risi, W. J. and McCann, M. (1975) *Personal Effectiveness: Guiding People to Assert Themselves and Improve their Social Skills*, Champaign, Ill.: Research Press.

McFall, R. M. (1982) 'A review and reformulation of the concept of social skills', *Behavioural Assessment* 4: 1–33.

Malkiewich, L. E. and Merluzzi, T. V. (1980) 'Rational restructuring versus desensitization with clients of diverse conceptual levels: a test of client-treatment match model', *Journal of Counselling Psychology* 27: 453–61.

Matson, J. L. and Senatore, V. (1981) 'A comparison of traditional psychotherapy and social skills training for improving interpersonal functioning of mentally retarded adults', *Behavior Therapy* 12: 369–82.

Mattick, R. P., Peters, L. and Clarke, J. C. (1989) 'Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study', *Behaviour Therapy* 20: 3–24.

Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., Bogels, S. M. and Van der Sleen, J. (1989)

'Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions', *Behaviour Research and Therapy* 27: 421–34.

Miller, I. W., Norman, W. H., Keitner, G. I., Bishop, S. B. and Dow, M. G. (1989) 'Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients', *Behavior Therapy* 20: 25–47.

Moon, J. R. and Eisler, R. M. (1983) 'Anger control: an experimental comparison of three behavioral treatments, *Behavior Therapy* 14: 493–505.

Morrison, R. L. and Bellack, A. (1981) 'The role of social perception in social skills', *Behavior Therapy* 12: 69–79.

Nezu, A. M. (1986) 'Efficacy of social-problem-solving therapy approach for unipolar depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 196–202.

Novaco, R. W. (1975) *Anger Control: the Development and Evaluation of an Experimental Treatment*, Lexington Mass.: Lexington Books.

Novaco, R. W. (1976) 'The treatment of anger through cognitive and relaxation controls', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 681.

Novaco, R. (1977) 'Stress inoculation: a cognitive therapy for anger and its application to a case of depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45: 600–8.

Payne, P. V. and Halford, W. K. (1990) 'Social skills training with chronic schizophrenic patients living in community settings', *Behavioural Psychotherapy* 18: 49–64.

Platt, J. J. and Spivack, G. (1972) 'Problem-solving thinking of psychiatric patients', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 148–51.

Prince, H. F. (1975) 'The effects of covert behavioural rehearsal, modelling and vicarious consequences in assertive training', unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.

Rehm, L. P. and Marston, A. R. (1968) 'Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: an instigation therapy technique', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 32: 565–74.

Rosenthal, R., Hall, J. A., DiMatteo, M., Rogers, P. and Archer, D. (1979) *Sensitivity to Nonverbal Communications: The PONS Test*, Baltimore: John Hopkins University Press.

Shepherd, G. (1983) 'Introduction. Chapter 1', in S. H. Spence and G. Shepherd (eds) *Developments in Social Skills Training*, London: Academic Press.

Shepherd, G. (1984) 'Assessment of cognitions in social skills training', in P. Trower (ed.) *Radical Approaches to Social Skills Training*, London: Croom Helm.

Shepherd, G. (1986) 'Social skills training and schizophrenia', in C. R. Hollin and P. Trower (eds) *Handbook of Social Skills Training: Clinical Applications and New Directions*, 1: 9–38, Oxford: Pergamon.

Spence, S. H. (1980) *Social-Skills Training with Children and Adolescents: A Counsellor's Manual*, Windsor: NFER.

Spence, S. H. (1983) 'Teaching social skills to children: an annotation', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 24: 621–7.

Spence, S. H. and Shepherd, H. (eds) (1983) *Developments in Social Skills Training*, London: Academic Press.

Stravynski, A., Lesage, A., Marcouiller, M. and Elie, R. (1989) 'A test of the therapeutic mechanism in social skills training with avoidant personality disorder', *Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 739–44.

Trower, P., Bryant, B. and Argyle, M. (1978) *Social Skills and Mental Health*, London: Methuen.

Turner, S. M., Beidel, D. C. and Larkin, K. T. (1986) 'Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: Physiological and cognitive correlates', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 523–7.

Twentyman, C. T. and Zimering, R. T. (1979) 'Behavioural training of social skills: a critical review', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification. Vol. 7*, New York: Academic Press.

Twentyman, C. T., Pharr, D. and Connor, J. M. (1978) 'A comparison of three cognitive modification programmes in assertion training', unpublished manuscript, State University of New York.
Wilkinson, J. and Canter, S. (1982) *Social Skills Training Manual*, Chichester: Wiley.
Williams, J. M. G. (1992) *The Psychological Treatment of Depression. 2nd edn*, London: Routledge.
Wlazlo, Z., Schroeder-Harwig, K., Hand, I., Kaiser, G. and Munchau, N. (1990) 'Exposure in vivo vs social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects', *Behaviour Research and Therapy* 28: 181–93.

الفصل الثالث عشر

فحص الصراع الزواجي

Marital conflict Investigation

إيان بنون Ian Bennun

الفصل الثالث عشر

فحص الصراع الزواجـــي

Ian Bannun إيان بنـــون

مقدمة :

يعتمد تقييم الصراع الزواجي ، وتقييم أية مشكلات فى العلاقات الزوجية على فرض ، مؤداه أن المعلومات التى يتم جمعها خلال هذه المرحلة من العلاج ستحدد – من بين أشياء أخرى – خطة التدخل . وقد يشير التقييم إلى إيجابيات وسلبيات إستراتيجيات معينة للتدخل . كما يحدد مدى التزام الشريكين بالعلاقة ، ثم يساعد بعد ذلك على تحقيق توجه معين نحو أهداف واقعية . وعلى الرغم من ذلك ، فإن هذا يتضمن أن هناك فصلاً قائمًا بين التقييم والعلاج أو التدخل . وهذا الفرض غير مقبول عالمياً ، ذلك أن بعض النماذج العلاجية تحاول بشكل عمدى إزالة الوضوح عن هذا الفصل (Pallazzoli et al., 1980) . مثال ذلك أن توجيه سؤال إلى الزوجين لمعرفة «من منهما صاحب فكرة السعى للعلاج» ، ستعد من قبيل التدخل فى إطار هذا المنحى العلاجي . وتميز بقية المناحى بوضوح بين التقييم والعلاج (Jocobson and Morgolin, 1979) . وهناك نقطة ثانية يتعين أن تؤخذ فى الاعتبار ، فى سياق تقييم مقبول للصراع الزواجى ، وهى المؤشرات التى تتطلب الفحص . وفيما سبق كان ينظر إلى السلوك بوصفه الهدف الأولى للتقييم ، وكان السلوك الزواجى يُعرّف باعتباره هذه التفاعلات الصريحة التى تحدث بين الشريكين . ومع ذلك وبقدر ماأصبح فهمنا للزواج متزايداً بطريقة محنكة ، بقدر ما أصبحت هناك حاجة لتوسيع المجالات التقليدية للتقييم . وقد أوضحت البحوث فى المجال الوجدانى والمعرفى الاجتماعى للزواج ضعف تقييم مجرد «السلوك الزواجي» ، وأصبح من المتعين أن يتضمن التقييم الشامل الآن هذه العوامل . وقد عرف فينسنت وكارتر Vincent and Carter (1987) التقييم بأنه عملية قياس المكونات السلوكية والمعرفية والوجدانية فى كل العلاقات .

وسيمتد التركيز فى هذا الفصل لأبعد من تقييم اختلال السلوك الزواجى حسبما سبق وصفه فى الطبعـــة الأولى من هذا المرجع . (Bennun, 1987) وبالتالى سيتضمن مناقشات للعوامل المعرفية والوجدانية ، التى تسهم فى الكدر الزواجى . وعلى المرغم من أنه يمكن المجادلة فى أنه لايسهل الفصل بين ماهو معرفى وماهو وجدانى أو سلوكى لأغراض التقييم ، فسيتعين الاتساع بالتأكيد العام المقبول حول «ماالذى يلاحظ» ؛ ليغطى الجوانب الأخرى التى تؤثر فى السلوك .

دورة الحـــياة الزوجـــية

قبل البدء بفحص بعض القضايا المحددة ، ومناهج التقييم الزواجى ، تجدر الإشارة إلى بعض الجوانب العامة المتضمنة ، وعلى وجه الخصوص حجم المعلومات التى يطلبها المعالج كجزء من العملية الشاملة للتقييم . وما أن يُدعى الزوجين لتقديم وجهات نظرهما حول المشكلة القائمة ، حتى يكون من الضرورى وضع حياتهما المزوجية فى سياق تطورى . وأحد الأساليب لتحقيق ذلك ، هو وضع الزوجين داخل دورة الحياة الزوجية (Carter and McGoldrick, 1989; Falicov, 1988) . ويحدد هذا النموذج

المراحل المحددة ، التى يتطور خلالها الزواج ، ويحدد بعض المهام التى تقترن بكل مرحلة .

ولنموذج دورة الحياة الزوجية تأثير رئيسى على الطريقة ، التى ينظر بها المعالج الزواجى لكل من الأداء الزواجى والأسرى ويقيمهما . قد ذكر بعض المؤلفين أن المشكلات الزوجية والأسرية تنتج عن تداخلات فى التطور الطبيعى لدورة الحياة الزوجية والأسرية . وتمر العلاقات الحميمة خلال مراحل دقيقة أثناء تطورها ، وفى كل مرحلة منها عدد من المهام الخاصة بها . ومن الممكن تحديد سبع مراحل ، والتفكير فى بعض المهام والوظائف المقترنة بكل منها . وكوسيلة فى تقييم الصراع الزواجى ، يستطيع الأخصائيون الإكلينيكيون التفكير فيما إذا كان الزوجان يناضلان لتحقيق مهمة معينة ، وذلك بمجرد وضع الزوجين فى الإطار التالى (Bennun, 1988) :

١ ـ الأسرة المبتدئة تتضمن المغازلة والزواج ، قبل بداية إقامة الأسرة .

٢ ـ الأسرة العائلة لطفل تبدأ مع ميلاد أول طفل للزوجين ، وتستمر حتى يلتحق هذا الطفل بالمدرسة.

٣ ـ الأسرة المربية لطفل هى استمرار للمرحلة السابقة ، وإلى أن يصل أكبر الأطفال إلى سن المراهقة .

٤ ـ الأسرة ذات المراهقين تبدأ مع مراهقة أول طفل ، وتستمر حتى يترك أكبر الأطفال البيت .

٥ ـ الأسرة كمركز إنطلاق تتضمن الفترة من الوقت ،التى يبدأ خلالها أول وآخر طفل مغادرة البيت ، وبدء حياة أكثر استقلالاً .

٦ ـ أسرة أواسط العمر هى الممتدة خلال الوقت ، الذى يكون فيه الزوجان الوالدان معاً دون أطفالهما إلى أن يتقاعد أحدهما أو كلاهما .

٧ ـ الأسرة المسنة وهى القائمة ، خلال الجزء المتبقى من عمر الوالدين .

ويذكر فاليكوف Falicov (1988) أن إعادة تكوين العلاقة الزوجية خلال مراحل الإنتقال ضاغط للغاية ، بوصفه عملية مولدة للقلق والخلط الذى يضاعف من الصعوبات الواضحة . كما أن سرعة التغير خلال هذه الانتقالات جوهرية بالمثل فى تقييم الصراع الزواجى . وعند حدوث انتقال أكثر بطئاً أو أكثر سرعة ، فقد يواجه الزوجان صعوبات يمكن أن تتزايد ، كلما تكرر فشلهما فى محاولاتهما لحل صعوباتهما . وبينما سيكون من اليسير وضع الزوجين فى إطار هذا النموذج التطورى ، فإن تحديد المهام التى يتعين التباحث بشأنها سيكون أكثر صعوبة . ومن المفيد أن نستعيد مع الزوجين المراحل ، التى تباحثا بشأنها بالفعل ، وأن نحدد المهام التى واجهاها فى كل وقت منها . وستكون الفروض التى أمكن الخروج بها ، والتى تخص كل مرحلة وسيلة مساعدة فى التقييم ، ويمكن إستخدامها لإدماج الزوجين فى العلاج . وبالتالى فإن تقييماً شاملاً سيمتد لأبعد من المشكلة القائمة ، وسيضعها فى سياق هذا النموذج، وذلك كوسيلة لعرض هذه المشكلات بوصفها ذات طبيعة تطورية .

عرض المشكلات : عيانية أم وظيفية ؟

يمكن النظر إلى المشكلات من جانبيها العيانى والوظيفى . ويتجه المنحى العيانى إلى فحص المشكلات ، ويفترض أنها تنتج عن إختلالات سلوكية أو معرفية ، وتتضمن الاختلالات السلوكية تلك الجوانب التى يمكن تحديدها ، باعتبارها تشكل خصائص حالات الزواج المكدرة ، وتتضمن أنماطاً ضعيفة أو غير مناسبة من التواصل ، وعدم القدرة على تخطى آفات التغيرات السلوكية ، ومهارات غير

مناسبة لحل المشكلات (Jocobson and Margolin, 1979) . وتتضمن بعض المشكلات الأخرى القائمة فى إطار النموذج العيانى صعوبات فى تجاوز أحداث معينة (العلاقات الغرامية خارج إطار العلاقة الزوجية) ، أو صعوبات تنشئة الأطفال. ويعتبر هذا المنحى أن المشكلات القائمة ، ماهى إلا آفات واسعة المدى فى المهارات.

البديل الآخر ، وهو المنحى الوظيفى (متمايزاً عن التحليل الوظيفي) يفترض أن المشكلات القائمة عبارة عن تعبيرات رمزية لنوع العلاقة ، وبالتالى فهى وظيفية وغرضية . وبالتالى تنكشف المشكلات القائمة نتيجة لدورها فى العلاقة المتكدرة . فلا ينظر لمشكلة تواصل ، على سبيل المثال ، باعتبارها علامة على وجود آفة فى المهارات ، بل على أنها بالأحرى طريقة ينظم بها الزوجان المودة فيما بينهما ، فتجنب مناقشة العلاقة الحميمة يحفظ للشريكين مسافة آمنة بينهما . وبالمثل قد تشير المشكلات القائمة لصعوبات فى مناقشة المهام التطورية فى الحياة الزوجية . وبينما تكون المشاكل واضحة ، إلا أن الصعوبات التطورية يتعين الإفصاح عنها بشكل مناسب .

وما إن نضع فى الاعتبار الطبيعية العيانية والوظيفية للمشكلات أو أيهما ، حتى تصبح هناك حاجة لتقرير عدد من القضايا على الوجه التالى :

١ ـ لماذا يسعى الزوجان للحصول على علاج فى هذا الوقت بالذات ؟

٢ ـ فترة استمرار المشكلة والمحاولات السابقة لإيجاد حلول لها .

٣ ـ هل هناك أشخاص آخرون تأثروا بالصعوبات (الأطفال مثلاً) ؟

٤ ـ هل هناك أية عوامل دفينة أو مفجرة للعلاقة الزوجية ، يتعين وضعها فى الاعتبار (عوامل اجتماعية ـ اقتصادية، أحداث حياة) ؟

٥ ـ هل كل من الشريكين ملتزم بالعلاج ؟

٦ ـ التروى فى النتائج الإكلينيكية .

٧ ـ ملاحظة العلاقة العلاجية ، وعلى وجه الخصوص تلك المتعلقة بالثقة والتوقع الإيجابى ، ولعب الأدوار ، إلخ .

ويفضل الممارسون أحياناً تقييم كل شريك من الشريكين على انفراد ، فى محاولة لتحديد ما إذا كانت هناك مشكلات فردية ، يمكن أن تتدخل فى الأداء الزواجى . ومن الواضح أن إدمان الخمر يقوض الرضا الزواجى ؛ مما يتطلب وضع دور الإدمان فى سياق العلاقة الزوجية ، والعديد من الأزواج الذين يطلبون المساعدة ، يفعلون ذلك بعد أن يكونوا قد أقاموا علاقة غير شرعية خارج الزواج ، وعلى المعالجين أن يقرروا ما إذا كان يتعين توقف هذه العلاقة أثناء علاج الزوجين ، وأن يناقشوا تأثيرها على نتائج العلاج إذا ماظلت سراً . ومن بين الأجزاء المهمة فى كل عمليات التقييم ، والتى يتعين فحصها وجود حالات مرضية نفسية ، ومشكلات جنسية غير معلنة وإيذاء بدنى ، مع تباين التأكيد على مقدار الفحص الذى تحظى به هذه الأمور ، وغالباً مايحدث إحتمال ظهور هذه المشكلات على السطح خلال فترة العلاج . ويتعين أن يكون الممارسون متنبهين لتعرف أية بادرة ، تصدر عن أحد الزوجين حول هذه المجالات الحساسة .

الجوانب المعرفية الاجتماعية والإعزاءات [١]

كان يتم من قبل تجاهل الجوانب المعرفية الاجتماعية فى صلتها بالإعزاء أو التعليل ، فى سياق تقييم الصراع الزواجى . وبينما يتباين تعريف الجوانب المعرفية ـ الاجتماعية ، إلا أن هناك اتفاقًا على أنها تشير إلى كيفية اكتساب الأفراد للمعلومات فى السياقات التفاعلية وكيفية استعادتها والتعبير عنها . والتقديرات التى ترى أن كلاً من الشريكين يصنع الآخر يمكن أن تكون ، جزئيًا ، نتيجة للعمليات المرتبطة بالفروض التى توضع حول العلاقات الأخرى ، والأنماط المتكررة فى علاقتها الخاصة ، أو من العلاقات الثنائية المبكرة التى شاهدوها (مثال ذلك العلاقة الزوجية بين والديهم) . والصلة مهمة بين الجوانب المعرفية الاجتماعية وعمليات الإعزاء ، حيث تحدث الإعزاءات مقتفية للاستنباطات ، التى تنتج عن الطريقة التى يفهم بها القائمون بالإدراك عالمهم الاجتماعى ، والتفسيرات (سواء الصحيحة أو غير الصحيحة) التى يقومون بها لجعل واقعهم ذى معنى (Zajonc,1980) ، ولأن عمليات الإعزاء تتضمن ملاحظة الأحداث والاستنباطات التى تتلوها حول أسبابها ، فتتوفر الإمكانية الواضحة لحدوث تشويه معرفى فى هذه العمليات . وبما أن الملاحظات التى تتم فى سياق الحياة الزوجية ستكون تفاعلية ، فسيكون التشويه الاجتماعى المعرفى دون شك مؤثراً فى التفاعلات الحميمة .

قياس الإعزاء والتشويه المعرفى

على الرغم من النتائج التى ترى أن الاستخبارات يمكن أن تميز بين الأزواج الذين يعانون من الكدر وبين غير المتكدرين ، فإن الشكوك مازالت قائمة حول الإرتباطات بين إجراءات قياس السلوك والتقرير الذاتى . يضاف إلى ذلك – وهو ماقد لايكون صحيحاً – أن مقاييس التقدير الذاتى تؤدى إلى معلومات دقيقة عن السلوك التفاعلى الحقيقى ، وعلى الرغم من ذلك يمكن الجدل حول أن التقارير الذاتية لزوجين بينهما تفاهم زواجى ، توفر فقط إدراكاً لنوع التواصل بينهما وليس للسلوك الحقيقى .

وهذا التمييز مهم فى ضوء أن الدلائل البحثية توحى أن الاختلالات المعرفة وتشوهات الاستدعاء والتقييم لسلوك الزوج الآخر تسهم فى الكدر الزواجى (Berley and Jacobson, 1984) . وكانت أنواع المتغيرات المعرفية التى حظيت بالإهتمام هى المعتقدات حول معايير العلاقات ، الإعزاء الزوجى لأسباب الصراع ، المسئولية ، النية والدوافع خلف السلوك . فإذا كان من المؤكد أن هذه النماذج النظرية صحيحة فسيكون من المعقول توقع أن وجود دلائل على معتقدات ومعايير غير واقعية سيؤدى إلى كدر زواجى ، وأن الإعزاء السلبى سيؤدى إلى تفاقم مشاعر اليأس والغضب ، وعدم الثقة فى العلاقات الحميمة .

الدلالات الأكلينيكية للتقييم

أظهرت البحوث التى سيتم تناولها ، والتى تفحص الفروق المختلفة بين الأزواج المتكدرين والأزواج غير المتكدرين ، احتمالاً أكبر لأن يعزو الأزواج المتكدرين السلوك البغيض لشريكهم لوجود نوايا سلبية لديه ، وأن يعزو سلوكهم الإيجابى إلى أسباب غير متسقة وغير مقصودة ، ويُظهر هذا الإعزاء المتحيز إحساس بفقدان الأمل واليأس من تحسن العلاقة ، ويمثل عقبة فى تطوير مناخ استكشاف إمكانات التغير.

والمقابلة الإكلينيكية ، والاستخبارات ، والملاحظات السلوكية ، وتحليل مضمون عينات تواصلية هى الميكانيزمات الأولية التى تستخدم لفحص الإعزاءات ، التى يقوم بها الشركاء حول علاقاتهم ، والأحداث

(1) Attributions.

التى تتم فى إطارها . ويحاول الأخصائى الإكلينيكى خلال مقابلات التقييم الأكلينيكية إستخلاص الإدراكات والمعانى ، التى تعمل كوسائط للاستجابات الإنفعالية والسلوكية ، والإتجاهات نحو العلاقة . والطريقة التى يفسر بها الزوجان الأحداث والإفراط فى التقييم ، والقيام باستنباطات عشوائية هى التشويهات المعرفية والإعزائية التى تساعد الأخصائى الأكلينيكى على تحديد نقاط التدخل . وستتاح للمعالج الزواجي الإمكانية أثناء المقابلة لملاحظة الإستجابات المعرفية والإنفعالية لسلوك كل من الزوجين نحو الآخر ، خلال الجلسات . وعندما توشك الإعزاءات أو التفسيرات على الظهور ستتوفر الفرصة للمعالج للكشف عن كيفية حدوثها وتطورها ، والدلائل التى تظهر على تأثيرها المتصل على التفاعل . كما سيتمكن من إكتشاف إمكانات مواجهتها وتبديلها . ومقارنة كيف يدرك شريكان ويفسران تفاعلاً مشتركاً أو حدثاً ما ، يمكن أن يكون مفيداً فى الحصول على معلومات حول إسهام إعزاءات الشريكين وأفكارهما التلقائية فى التشويه المعرفى وسوء التفسير .

بالإضافة إلى المقابلة الأكلينيكية ، هناك عدد من الاستخبارات ، التى صممت لقياس اختلالات العلاقات الزوجية (انظر : Epstein, 1986) . مثال ذلك بطارية المعتقدات حول العلاقة [(1)] (Eidelson and Epstein, 1982) ، والتى تقيس اختلال المعتقدات التى قد تكون لدى الأزواج حول طبيعة علاقتهما الحميمه. ويحتوى هذا المقياس على خمسة مقاييس فرعية ، تتضمن معتقدات ، مثل : «إن عدم الاتفاق أمر هدام» ، «إن قراءة الأفكار متوقعة» ، «الشركاء لايمكن أن يتغيروا» ، «الكمال الجنسي» ، «إن الجنسين مختلفان» .

قياس العواطف فى الزواج

العواطف الإيجابية ، أى التعبير عن الانفعال والحب ، من الأمور التى يصعب تعريفها ، غير أن البحوث أظهرت أن النساء يقيمن العواطف باعتبارها الخاصية الأولية فى الزواج الإيجابى . بينما يقدر الرجال أهمية كل من الحب والتفهم (Broderick, 1981) . ويرى جوتمان وزملاؤه Gottman and Colleagues أن الاستثارة العصبية المستقلة ، التى تقاس أثناء تفاعل الزوجين ، توفر مقياساً ثابتاً للعاطفة الثنائية (Gottman, 1979, Levenson and Gottman, 1985) . ويتم بناء على ذلك تدعيم تلك الأساليب السلوكية التى تخفض من الإستثارة ، كما يتعين جعل أساليب السلوك التى تزيد من الاستثارة هى هدف التغيير ، ويمكن وضع خطة التدخل بهدف تعديل هذه التفاعلات ، من خلال الأبعاد الثلاثة ، التى سبق وصفها على وجه الخصوص . وهناك بعد رابع اعتبر مهماً بالمثل هو الاستجابية من حيث إسهامه فى العواطف الزوجية ، وفى العلاقة الثنائية تكون الاستجابية هى المدى الذى يصل إليه سلوك معين لأحد الشريكين ؛ لإحداث سلوك مقابل لدى الشريك الآخر (مثال ذلك بقدر تذمر أحد الشريكين بقدر إبتعاد الآخر). وبالتالى تتضمن مؤشرات العاطفة فى الزواج بعد الإيجابية ، والتبادلية والسيطرة والاستجابية . ويوضع فى الاعتبار عند تقدير العاطفة ثلاثة عوامل : فسيولوجية ومعرفية ودافعية . وقد حاول البحث المهم الذى قام به جوتمان Gottman (1979) تحديد أساليب الكشف عن العواطف فى الزواج . وقد اقترح نموذجاً بنائياً فى إطار التفاعلات الزوجية ، يتضمن الإيجابية والتبادلية والسيطرة باعتبارها ثلاثة أبعاد مؤثرة . وكان الفرض المستنبط ، والذى تمت دراسته تجريبيا قد أظهر فروقاً مميزة بين الأزواج المتكدرين وغير المتكدرين فى هذه المجالات . وكان الأزواج المتكدرون أقل إيجابية ، وأكثر سلبية فى عواطفهم ، ولديهم درجة أكبر من التبادل السلبى (تبادل العواطف السلبية) ، واتساق أكبر فى القدرة التنبؤية

(1) The relationship belief inventory.

بالعواطف . وعلى الرغم من تزايد التعقيد فى البحوث التى تناولت العواطف الزوجية ، فإن تطور النظرية مازال متباطئاً وخلفه الممارسة البحثية .

ويبرز سؤالان عند التفكير فى العلاقة بين العاطفة والرضا الزواجى : السؤال الأول كمى ، ويتعلق بالدرجة التى تكون بها العاطفة أحد مكونات الرضا الزواجى . فإذا كانت الانفعالات تصبغ الزواج فكيف تؤثر العاطفة فى الرضا الزواجى ؟ وقد أجرى ليفنسون وجوتمان Levenson and Gottman (1985) دراسة تتبعية على مدى ثلاثة سنوات حول المدى ، الذى يمكن أن تتنبأ به العوامل الفسيولوجية والعاطفية بالتغير فى الرضا الزواجى . وقد استخدمت المقاييس الفسيولوجية ؛ لأنها أعتبرت مستقلة عن أكثر محكات نتائج الرضا الزواجى الاجتماعية . وكانت المقاييس الفسيولوجية والعاطفية منبئة بالرضا الحالى ، ووجد أنها تتنبأ بالرضا عن العلاقة على مدى ثلاث سنوات تاليه . وقد أشارت النتائج إلى أن مقدار العاطفة الإيجابية والسلبية ، وبعض الأنماط المعينة من العواطف السلبية المتبادلة كانت منبئة بمستويات من التغير فى الرضا بالعلاقة ، واقترنت الزيادة بالرضا الزواجى بدرجة أقل سلبية من التبادلية . كما ظهرت أيضاً فروق بين الجنسين ؛ فالرضا ينخفض أكثر ، عندما لايقوم الشريك الذكر بتبادل العواطف السلبية ، بينما لاتقوم الأنثى بذلك . ولاتقاس العواطف دائماً بطريقة مباشرة فى دراسات الرضا الزواجى. ولكى يمكن القيام بذلك ، ستكون هناك حاجة للنظر بشكل منفصل إلى بنود ، أو مكونات معينة فى إجراءات التقدير المستخدمه لقياس العاطفة ، وذلك لمعرفة مقدار ردود الفعل العاطفية ، أو العوامل المتعلقة بالرضا الزواجى. وبهذه الطريقة سيكون من الممكن معرفة ما إذا كانت الإستجابات العاطفية متضمنة فى السلوك الإيجابى والسلبى المتبادل أم لا. وهناك عدد من الطرق لقياس العاطفة الثنائية ؛ فمقاييس التقديرات الذاتية يمكن إما أن تكون مقاييس ورقة وقلم (للعلاقة الحميمة والثقة ، والمشاعر) أو نظم للملاحظة ، يقوم خلالها الزوجان بالملاحظة ثم تسجيل الوقائع ومترتباتها العاطفية .

ويتكون إستخبار المشاعر الإيجابية [١] (O'leary et al., 1983) . من سبعة عشر بنداً ، وصمم لقياس المشاعر الإيجابية نحو شريك ، ويصحح كل بند على متصل من سبع نقاط . وهناك طريقة أخرى للقياس ، تتطلب أن يشاهد الشركاء شريط ڤيديو سجلت عليه ردود أفعالهم أثناء قيامهم بإظهار تعبيرات بوجوههم لعواطف سلبية أو محايدة أو إيجابية . (Levemson and Guttman, 1985) . وقد استخدمت المقاييس الفسيولوجية بالمثل لتحديد سياقات تفاعلية معينة ، ولمعرفة العلاقة بين السلوك والعاطفة والإثارة . وقد تم بعد ذلك حساب الإرتباطات بينها وبين الدرجات على الرضا الزواجى . ويتضح أنه بقدر زيادة عدد الأبعاد التى يتم فحصها ، بقدر زيادة تعقد الخصائص العاطفية فى الزواج ، وبما يؤدى إلى محدودية الاستخلاصات ، التى يستطيع المرء الخروج بها من طريقة قياس واحدة .

قياس الرضا الزواجى

الرضا الزواجى مفهوم متعدد الأبعاد ، ويشمل عوامل متنوعة ، تسهم فى الرضا العام (أو عدم الرضا) بالعلاقة . ومع أن الشركاء المختلفين يريدون أشياء مختلفة فى علاقتهم ، إلا أنه يمكن القول أن هناك اتفاقًا أساسياً حول ما الذى يشكل الزواج أو العلاقة السعيدة . وعلى الرغم من هذا فإن الزوجين يحتاجان إلى سلسلة من التغيرات فى إطار علاقتهما ، عندما توجد مشكلات . ومن الواضح أن الأفراد المختلفين قادرون على تحمل مستويات مختلفة من الصراع أو عدم الرضا .

(1) Postive feelings questionnaire .

وتعكس الاستخبارات المستخدمة فى التقدير أساساً الجوانب ، التى تميز بين العلاقات المتكررة وغير المتكررة . بالإضافة إلى أنها تتضمن مجموعة من الأساليب السلوكية المستهدفة وخبرات العلاقة . ويُتضمن الرضا الجنسى بدرجات متباينة ، على الرغم من وجود إستخبارات خاصة مصممه لقياس العلاقات الجنسية (مثال ذلك : Golombok and Rust, 1986) . وأحدى طرق النظر فى تنوع مقاييس الرضا هو تمييز المقاييس الكميه التى تتضمن أنشطة وسلوكاً ملاحظاً (مثل إتخاذ القرار ، الثقة ، المجادلة ، الإطراء ، العاطفة ، التواصل ، الخ) عن المقاييس الكيفيه التى تتضمن الإتجاهات والمعتقدات والتوقعات (لايمكن إصلاح ماخُرب ، الحاجات العاطفية لاتختلف ، الخلافات أمر سيء ، الخ) . وتختلف الإهتمامات فى إطار الاستخبارات : وحيث يصبح من المهم اختيار الاستخبار ، الذى يتضمن أبعاد الرضا الزواجى التى تكون موضوعاً للفحص . وبقدر عمومية الإستخبار بقدر ماتكون بنوده أقل تحدداً ، وبقدر مايكون الوصف العام الذى يقدمه إجمالياً .

التقييم السلوكى والملاحظة

تم خلال الثمانينيات تضمين الملاحظات السلوكية فى نتائج أغلب الدراسات ، كما تم تطوير عدد كبير من النظم التصنيفية لقياس عينات سلوكية وسياقات تفاعلية . وقد وفر ذلك معلومات مهمة للمعالجين حول كيف يتفاعل الأزواج ، وكيف يمكن مساعدتهم على تعديل سلوكهم ، وكيفية فحص فعالية الأساليب العلاجية.

ويعد نظام تصنيف العلاقات الزوجية (١) (Hosp et al., 1972) أكثر المخططات استخداماً ، ويستخدمه ملاحظ لتصنيف السلوك ، خلال محاولة الزوجين حل مهمه سابقة التحديد ، أو أثناء مناقشتهما لموضوع اقترحه المعالج أو الفاحص . ودائماً مايتم تسجيل التفاعل بالڤيديو ، ثم يقوم مقدرون مدربون بتصنيف التفاعل فى فئات لفظية وأخرى غير لفظيه ، وتتضمن الفئات اللفظية : حل المشكلات ، توصيف المشكلات ، السلوك السلبى والإيجابى ، وتتضمن الفئات غير اللفظية السلوك الإيجابى والسلبى مثل النقد، الشكوى ، التجنب . ويسجل للزوجين بالڤيديو قبل وبعد العلاج ، وعادة مايصنف السلوك على فترات ، تمتد كل منها لعشرة دقائق. وطور النظام الفئوى لتصنيف التواصل التفاعلي (٢) (Hahlweg et al., 1984) من حزمة العلاج الزواجي ، وهو يوفر فحصاً لمهارات كل من المتحدث والمنصت ، ووحدات التصنيف الأساسية فيه هى الاستجابات اللفظية ، مهما كانت فترة استمرارها أو بنيتها اللغوية ويعين كل رمز للمضمون بتقديرات غير لفظية (إيجابى ، سلبى ، محايد) ، وتتضمن فئات المضمون : الانغلاق على الذات ، الحلول الإيجابية ، تقبل الآخرين ، الموافقة ، توصيف المشكلات، تفسير التواصل ، الراحة ، الإنصات ، النقد ، الحلول السلبية ، التبرير ، وعدم الموافقة . وتتضمن الفئات غير اللفظية ، التعبيرات الوجهية ، الصوت ، نغمة الصوت ، التعبيرات البدنية .

وبينما تتسم هذه الأساليب بالثبات ، إلا أنها غير سهلة التطبيق ، خلال الموقف الإكلينيكى ، وهى تتطلب موافقة الزوجين على التفاعل فى موقف المختبر ، كما يفترض أن التفاعل سيوفر عينة صادقة وثابتة لسلوكهما اليومى . وبالطبع فإن المدى ، الذى يمكن أن يعمم به سلوك المختبر على المواقف الطبيعية من الأمور التى تعد موضوعاً للتساؤل ، وستتضمن عملية تصنيف السلوك بالضرورة الحاجة إلى كل المعدات

(1) The Marital Interaction Coding System.
(2) The Category System For Coding Interpersonal Communication.

اللازمة ، وتدريب المقدرين ، وهى أمور مكلفة . ومن غير المثير للدهشة أن تكون نتيجة ذلك عدم استخدام هذه الأساليب بإنتظام ، وحديثاً جداً أصبح هناك اعتماد أكبر على أشكال أخرى للتقييم .

الاستخبارات التى تقيس الرضا الزواجى

تستخدم الاستخبارات على نطاق واسع لتحديد الرضا الزواجى ، وهى تتضمن كل أشكال القصور الموجودة فى أساليب التقدير الذاتى ، إلا أنها أسهل فى التطبيق والتصحيح بصفة عامة ، كما أنها قليلة التكلفة ، ودائماً ماتُطور أو يتم تصميمها فى المواقف الأكلينيكية ، باستخدام منهجيه تتسم بالصدق والثبات . ومجال السلوك المستهدف واسع ، وسيناقش قدر قليل منه فيما يلى ، وجميعه منشور واستخباراته متوفرة فى الأسواق ، من خلال الناشرين التجاريين (مثال ذلك Golombok-Rust Invem-tory of Morital Satiafaction; Golombok and Rust, 1986) وعلى الرغم من ذلك ، ومثل أغلب الاستخبارات التى تقيس عمليات التفاعل ، فإن المجالات التى يتم قياسها محدودة للغاية ، وغالباً مايوجد خلط بين بنود كل من النظرية والفروض ، التى ترى أن الزواج الخالى من الكدر متجانس ، ويتفق مع المعايير المقبولة . وعندما يصمم الاستخبار فى إطار منحى نظرى معين (مثال ذلك النظرية السلوكية فى الزواج) ، فإن البنود تقتصر على قياس النتائج أو التغير فى إطار هذا المنحى ، وبالمثل فإن البحوث المعملية التى تهدف للتمييز بين الأزواج المتكدرين وغير المتكدرين تتميز هى الأخرى فى إطار هذا المنحى وحده .

وتعد بطارية الإرشاد المبكر للزواج [١] (Stuart and Stuart, 1973) بطارية تقديرات ذاتية شاملة تتضمن تسعة أبعاد : قياس أهداف التغير السلوكى ، مصادر التغير ، درجة التفاهم الزواجى ، قوة التوزيع ، تطابق الأولويات ، فعالية التواصل ، الرضا الجنسى ، تطابق الآراء فى معاملة الأطفال ، والرضا الزواجى العام . ولم يحدث تعديل حديث لهذه البطارية ، وبالتالى تقادمت إلى حد ما باعتبار العلاقات الحالية . وتتكون قائمة الأنشطة الزواجية اليومية [٢] (Broderick, 1980) من ١٠٩ بنود ، وهى قائمة ملاحظة لأى من الزوجين ، وتحصل نصف البنود على تقدير إيجابى ، ويحصل النصف الآخر على تقدير سلبى ، بالإضافة إلى تقدير للرض اليومى ، ويجيب عنها الشريكان يومياً ، كل على حدة . وقد اشتقت بنود البطارية من قائمة ملاحظة أحد الشريكين [٣] (Weiss and Margolin, 1977) المكونة من ٤٠٠ بند ، والتى تتضمن الفئات الآتية : الرفقة أو الصحبه ، العاطفة ، التقدير ، الجنس ، عمليات التواصل ، رعاية الأطفال ، إدارة المنزل ، اتخاذ القرارات المالية ، العمل ، التعليم ، العادات ، المظهر الشخصى ، واستقلالية الشريك . وكقائمة ملاحظة ، فإن هذا المقياس يميل إلى التركيز بقدر أكبر على جوانب السلوك العيانى الملاحظ للعلاقة بين الشريكين . وتتكون بطارية جولومبوك ورست للحالة الزواجية [٤] (Rust et al., 1990) من ٢٨ بنداً . وتم تحديد محورين عند تصميم البطارية ، يتضمن الأول الإهتمامات المشتركة ، التواصل ، الجنس ، الدفء / الحب / العداء ، الثقة ، الأدوار ، اتخاذ القرار والتعاملات . ويحدد المحور الثانى مجالات ، يمكن قياسها من خلال التعبيرات على المحور الأول مثل المعتقدات/ الاستبصار/التفاهم، السلوك ، الاتجاهات ، المشاعر، الدوافع للتغيير ، والاتفاق . وتتكون بطارية التقدير الشخصى للعلاقات الحميمة [٥] (Schaefer and Olson, 1981) من ٣٦ بنداً ، وتتضمن

(1) The Marital Pre-Counselling Inventory.
(2)The Daily Checklist of Marital Activities.
(3) Spouse Observation Checklist.
(4) The Golombok-Rust Inventory of Marital State.
(5) The Personal Assessment of Intemacy in Relationships Inventory.

سبعة مقاييس فرعية : للانفعالية ، والاجتماعية ، والجنسية ، والعقلانية والترفيهية ، والمودة ، والتقليدية . ويساعد التصميم الخاص بهذا الاستخبار كلاً من الباحثين والأكلينيكيين فى الحصول على درجات فارقة بين مستويات المودة المدركة والمتوقعة ، ويطلب فيها من الأزواج أن يضعوا تقديراً لكل بند ، على مقياس خماسي بطريقة ليكرت . ومن بين الاستخبارات الأخرى المستخدمة ، مقياس التوافق الزواجى (١) (Kimmel and Van derVeen, 1974; Locke and wallace, 1959) ، ونموذج الصراع الزواجى (٢) (Weiss and Margolin,1977) وبطارية الوضع الزواجى (٣) (Weiss and Cerreto, 1980) ، ومقياس التوافق الثنائى (٤) (Spanier, 1976)، و بطارية التواصل الأولى (٥) (Navran, 1967) ، و بطارية الزواج(٦) (Knox, 1971) واستخبار مجالات التغيير (٧) (Weiss et al., 1973) .

المقاييس ذات الطبيعة الفردية (٨)

بالإضافة إلى الاستخبارات ومقاييس الملاحظة السلوكية ، فإن استخدام تحديد الزوجين بنفسهما للمشكلات المستهدفة (مثال ذلك (Woodward et al., 1978) له مزايا واضحة . ومع استبعاد الصدق الظاهرى (٩) لهذا النوع من المقاييس ، فإنه يقيس المتغير فى مشكلات محددة وفقاً لتأكيد الزوجين بأنفسهما أنها مشكلات تخصهما وتتعلق بهما . وقد اقتبس بينن وزملاؤه (1987) Bennun et al. الاستخبار الشخصى (١٠) لشابيرو (PQ; Shapiro, 1961) ، لاستخدامه فى قياس نتائج العلاج . وعند التصميم الأصلى للاستخبار ، وضع فى الاعتبار أنه يعتبر من المزايا المهمة أن يُقيِّم الأباء والأزواج على مجموعة المشكلات الخاصة بهم ، بدلاً من أن يقدروا على مجموعة من المشكلات سابقة الإعداد ، كما يحدث عند استخدام الاستخبارات والبطاريات المقننة . وعلى الرغم من أن لهذه الاستخبارات مزايا واضحة فى مجال علاج الزوجين إلا أن تعلقها بالجوانب الأكلينيكية كان دائماً موضوعاً للتساؤل . ويوضح هذه النقطة وجود تحيز جنسى (حيث يختلف تقييم الاستجابات المتطابقة بالنسبة للرجال عن النساء) فى مقياس التوافق الزواجى ، بالإضافة إلى طول فترة ملاحظة الشريك ومابها من ضجر فى قائمة ملاحظة الشريك ، والتحيز النظرى فى استخبار مجالات التغير .

وقد جذب التناقض بين المقاييس ذات الطبيعة الفردية (مثال ذلك الإستخبار الشخصي) وتلك الإجراءات ذات الصلة الأكبر بالتقاليد السيكومترية اهتمام الباحثين ؛ فالصعوبة الرئيسية فى المنحى السيكومترى هى الحاجة لقياس كل الحالات بالبنود نفسها للإختبار المختار ، بغض النظر عن مدى تعلق البنود المعينة ، ويؤدى ذلك فى مجال العلاج الزواجى إلى تقييم الأزواج على متغيرات متعلقة وأخرى غير متعلقة .

---

(1) Marital Adjustment Scale.
(2) The Marital Conflict Form.
(3) The Marital Status Inventory.
(4) The Dyadic Adjustment Scale.
(5) The Primary Communication Inventory.
(6) The Marriage Inventory.
(7) The Areas of Change Questinnaive.
(8) Individualized Measures.
(9) Face Validity.
(10) Shapiro Personel Questionnaive.

وهناك صعوبات متأصلة فى تحديد وقياس الرضا الزواجى ، وفى افتراض أنه أحادى البنية ، وإحدى طرق مواجهة هذا القصور وغيره هى تطبيق إجراءات قياس تكون مسئولة عن الخصائص النوعية للحالة الفردية ، واستخدام المقاييس ذات الطبيعة الفردية يعطى أولوية لتقارير الزوجين عن مشكلاتهما . كما أن تقييم الشريك الواحد منهما مستقلا عن الآخر ، يمكن أن يكون عند الضرورة لقياس درجة شدة المشكلات القائمة . ويحتاج الزوجان للموافقة على قائمة الأهداف موضوع الشكوى ، إلا أن الأخصائى الإكلينيكى بوصفه القائم بالتقييم ، يستطيع أن يكون مرنًا فى كيفية استخدام المشكلات التى تم تحديدها . وبينما تكون التغيرات دائماً ذات طبيعة نوعية بالنسبة للأفراد .. فإن المشكلات – ووفقاً لوصف أحد الزوجين أو كليهما – ستمكن الأخصائى الإكلينيكى من تقرير الأهداف الواقعية ، التى يمكن تحقيقها، وكذلك النتائج والتقدم على المدى الطويل .

References

Bennun, I. (1987) 'Marital dysfunction: Investigation', in S. Lindsay and G. Powells (eds) *A Handbook of Clinical Adult Psychology*, Aldershot: Gower.

Bennun, I. (1988) 'Systems theory and family therapy', in E. Street and W. Dryden (eds) *Family Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.

Bennun, I., Chalkley, A. and Donnely, M. (1987) 'Research applications of Shapiro's personal questionnaire in marital therapy', *Journal of Family Therapy* 9: 131–44.

Berley, R. and Jacobson, N. (1984) 'Causal attribution in intimate relationships: toward a model of cognitive behavioural marital therapy', in P. Kendall (ed.) *Advances in Cognitive Behavioural Research and Therapy. Vol. 3*, New York: Academic Press.

Broderick, J. (1980) 'Attitudinal and behavioural components of marital satisfaction', unpublished doctoral dissertation, State University of New York at Stony Brook.

Broderick, J. (1981) 'A method for derivation of areas for assessment in marital relationships', *American Journal of Family Therapy* 9: 25–34.

Carter, B. and McGoldrick, M. (1989) *The Changing Family Life Cycle: Framework for Family Therapy*, London: Allyn and Bacon.

Eidelson, R. and Epstein, N. (1982) 'Cognition and relationship maladjustment: development of a questionnaire of dysfunctional relationship beliefs', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 715–20.

Epstein, N. (1986) 'Cognitive marital therapy: multi-level assessment and intervention', *Journal of Rational Emotive Therapy* 4: 68–81.

Falicov, C. (1988) *Family Transitions: Continuity and Change Over the Lifecycle*, New York: Guilford Press.

Golombok, S. and Rust, J. (1986) *GRISS: Golombok–Rust Inventory of Sexual Satisfaction*, Windsor: NFER-Nelson.

Gottman, J. (1979) *Marital Interaction: Experimental Investigations*, New York: Academic Press.

Hahlweg, K., Reisner, L., Kohli, J., Volmmer, M., Schindler, L. and Revenstort, D. (1984) 'K.P.I. Category System for Partnership Interaction', in K. Hahlweg and N. Jacobson (eds) *Marital Interaction: Analysis and Modification*, New York: Guilford Press.

Hops, H., Wills, T., Paterson, G. and Weiss, R. (1972) 'Marital Interaction Coding System', unpublished manuscript, University of Oregon and Oregon Research Institute.

Jacobson, N. and Holtzworth-Munroe, A. (1986) 'Martial therapy: a social-learning cognitive perspective', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Jacobson, N. and Margolin, G. (1979) *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behaviour Exchange Principles*, New York: Brunner/Mazel.

Kimmel, D. and van der Veen, F. (1974) 'Factors of marital adjustment in Locke's marital adjustment test', *Journal of Marriage and the Family* 36: 57–63.

Knox, D. (1971) *Marriage Happiness*, Champaign, Ill.: Research Press.

Levenson, R. and Gottman, J. (1985) 'Physiological and affective predictors of change in relationship satisfaction', *Journal of Personality and Social Psychology* 49: 85–94.

Locke, H. and Wallace, K. (1959) 'Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity', *Marriage and Family Living* 21: 251–5.

Navran, L. (1967) 'Communication and adjustment in marriage', *Family Process* 6: 173–84.

O'Leary, K. and Arias, I. (1987) 'Marital assessment in clinical practice', in K. A. O'Leary (ed.) *Assessment of Marital Discord*, NJ: Lawrence Erlbaum.

O'Leary, K., Fincham, F. and Turkewitz, H. (1983) 'Assessment of positive feelings towards spouse', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 949–51.

Pallazzoli, M., Bascolo, L., Cecchin, G. and Prata, G. (1980) 'Hypothesising circularity and neutrality', *Family Process* 19: 3–12.

Rust, J., Bennun, I., Crowe, M. and Golombok, S. (1990) 'The GRIMS: psychometric instrument for the assessment of marital discord', *Journal of Family Therapy* 12: 45–57.

Schaefer, M. and Olson, D. (1981) 'Assessing intimacy. the P.A.I.R. inventory', *Journal of Marital and Family Therapy* 1: 47–60.

Shapiro, M. (1961) 'A method of measuring psychological change specific to the individual psychiatric patient', *British Journal of Medical Psychology* 34: 151–55.

Spanier, G. (1976) 'Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads', *Journal of Marriage and the Family* 38: 15–28.

Stuart, R. and Stuart, F. (1973) *Marital Pre-Counselling Inventory*, Champaign, Ill.: Research Press.

Vincent, J. and Carter, A. (1987) 'Family assessment: practical and methodological considerations', in K. A. O'Leary (ed.) *Assessment of Marital Discord*, NJ: Lawrence Erlbaum.

Weiss, R. and Cerreto, M. (1980) 'The marital status inventory: development of a measure of dissolution potential', *The American Journal of Family Therapy* 8: 80–5.

Weiss, R. and Margolin, G. (1977) 'Assessment of marital conflict and accord', in A. Ciminero, K. Calhoun and H. Adams (eds) *Handbook of Behavioural Assessment*, Chichester: Wiley.

Weiss, R., Hops, H. and Paterson, G. (1973) 'A framework for conceptualising marital conflict, technology for altering it, some data for evaluating it', in L. Hammerlynch, L. Handy and E. Mash (eds) *Behaviour Change: Methodology Concepts and Practice*, Champaign, Ill.: Research Press.

Woodward, C., Santa-Barbara, J., Leven, S. and Epstein, N. (1978) 'The role of goal attainment scaling in evaluating family therapy outcome', *American Journal of Orthopsychiatry* 48: 464–76.

Zajonc, R. (1980) 'Cognition and social cognition: A historical perspective', in L. Festinger (ed.) *Retrospections on Social Psychology*, Oxford: Oxford University Press.

الفصل الرابع عشر

علاج الصراعات الزواجية

Marital conflict Treatment

Ian Bennun إيان بنون

الفصل الرابع عشر

علاج الصراعات الزواجية

Ian Bannun إيان بنون

كان النقد المستفز للعلاج الزواجى منذ نحو عقدين سابقين يرى أن المعالجين يعالجون المشكلات الزوجية ، دون الوضوح النظرى المطلوب (Manus, 1966) ، هذا فى الوقت الذى لم يكن المنظور التحليلى النفسى للزواج والصراع الزواجى يلاقى معارضة من بقية الأخصائيين الإكلينيكيين (Dicks, 1967; Mittlemann, 1944) . ولأن التفكير التحليلى النفسى كان بالفعل فى مرحلة متقدمة فى كل من الممارسة والعلاج يصبح من الأمور التى لا تثير الدهشة أن تتطور إستراتيجيات التدخل المبكر من التحليل النفسى ونظرية العلاقة بالموضوع (١) . كانت هناك عقبة أخرى فى طريق تطوير نظرية فى العلاقات الزوجية هى أن فكرة العلاج الزواجى ، كانت تعد عنصراً (أو نظاماً فرعياً) فى إطار العلاج الأسرى . وكان هناك جدل حول أن العلاقة الزوجية ، فى إطار النظام الأسرى ليست وحدة مفهومية (٢) ، وأن التركيز على الثنائيات فقط يتضمن تجاهل البنية التى تكمن فيها هذه الثنائيات ، نتيجة لهذا اعتبرت التأكيدات النظرية والفنية على الثنائيات الزوجية معوقة لبناء نظرية مفيدة (Haley, 1984) .

وبناء على هذه الإعتبارات استمرت هذه المناظرة حتى الآن . ومع ذلك يبدو الآن أن هناك قبولاً لاعتبار ظهور العلاقات الثنائية بين الراشدين ، بمثابة المرحلة الأساسية لدورة الارتقاء لتكوين الأسر . وتطور علاقة حميمة ـ وحيث تتساوى عندها كل الأمور ـ يؤدى إلى نشأة نظام ، يقوم على جيلين ويعد عنصراً ضرورياً لفهم نظرية الأسرة . وقد استنبطت على مدى العقدين الأخيرين نماذج بديلة للعلاج الزواجى ، كانت النظرية والبحوث فى البعض منها معقدة بنفس درجة تعقد الكتابات التحليلية النفسية . كما كانت أيضاً فعالة إكلينيكياً بناء على اختبارها تجريبياً . وقد حدد التقدم المعاصر فى أساليب التدخل الزواجى هذا التمايز الفارق بين نماذج العلاج ، كما أدى ـ عند الضرورة ـ للأخذ بعين الاعتبار ما إذا كان الأزواج والأسر يمكن أن يستفيدوا بصورة فعالة من علاج اضطرابات معينة (انظر Bennun, 1988 a) . يضاف إلى ذلك وجود دلائل ، توحى أن العلاج الزواجى يمكن أن يكون فعالاً حتى إذا قاوم أحد الشريكين المشاركة فى العلاج .

هناك الكثير من الهيئات التى تقدم علاجاً للأزواج المتكدرين ، بالإضافة إلى إدارات الخدمات الصحية (٣) ، وهناك جهات أخرى من بينها RELATE (والتى كانت سابقاً المجلس القومى للإرشاد

---

(1) Object relation Theory.
(2) Conceptual Unit.
(3) Health Service Provision.

الزواجى [١] ، والمجلس الكاثوليكى للنصح الزواجى [٢] ، والمجلس اليهودى للإرشاد الزواجى [٣]. وتقدم خدمات الإدارات الصحية من خلال عدد من الإدارات (للعلاج النفسى ، والعلاج الأسرى ، والصحة العقلية) ويوجد فى بعضها إخصائيون نفسيون أكلينيكيون .

وعلى الرغم من ذلك ، ولأن أغلب الإحالات مصدرها الممارسون العموميون ، فإن معدل هذه الإحالات يمكن أن يتغير نتيجة للإصلاحات فى النظام الصحى القومى والتطورات المتعلقة بالدعم المالى للمارسين العموميين . ومعدلات انتشار المشكلات الزوجية مرتفع ، وقد يكون توسيع مظلة الخدمات أكثر صعوبة على الرغم من الاعتراف على المستوى الحكومى بأهمية تقديم هذه الخدمات للأزواج والأسر. وأحد المخاطر الواضحة ستكون الاعتماد الأكبر فى ذلك على الممارسين الخصوصيين والمؤسسات الخيرية التى ستتقاضى أجوراً .

التطورات الحديثة فى العلاج السلوكى الزوجى

العلاج السلوكى الزواجى عموماً عبارة عن التطبيق الأكلينيكى للتعلم الاجتماعى ومبادئ تعديل السلوك فى علاج الخلافات الزوجية . ويتضمن هذا المنحى ثلاثة مكونات أساسية تم التثبت من صدق كل منها تجريبياً سواء مستقلاً عن الآخر أو فى تآلفهم معاً . وترى الصياغة السلوكية للزواج والكدر الزواجى أن عدم الانسجام الزواجى عبارة عن تقديرات منخفضة للسلوكيات المتبادلة ، ومهارات حل المشكلات ، وتقديرات مرتفعة للصراع والسلبية المتبادلة . كما يتسم أيضاً بمهارات تواصل ضعيفة وتقديرات منخفضة للأنشطة الترفيهية المشتركة .

وتضمنت أساليب التدخل السلوكى المبكرة التدريب على التواصل ؛ بهدف علاج آفات التفاعل اللفظى وغير اللفظى ، وتعليم مهارات حل المشكلات بوصفها أسلوباً نظاميًا من أساليب التفاوض فى قضايا الصراع والتعاقدات التوافقية ؛ لتحقيق توازن فى أساليب السلوك البناءة فى العلاقات المتبادلة ويجسد هذا المنحى منهج التحليل الوظيفى ، الذى يركز على طبوغرافية الصراع بمفاهيم العوامل السببية ، والصراع السلوكى وميكانيزمات الاستمرارية (مثال ذلك المقدمات والمترتبات) ، وأكثر التطورات النظرية شمولاً فى إطار العلاج السلوكى الزواجى هى الاعتراف بالعمليات المعرفية والإدراكية وتضمينها فى العلاج بوصفها محددات للتفاعل الزواجى . وينظر إلى هذه العمليات المعرفية والإدراكية ، باعتبارها وسائط (متغيرات وسيطة) فى الرضا ـ الكدر الزواجى . ويضع هذا النموذج الوسيط فى اعتباره دور العاطفة والمعرفة فى تطور اختلال العمليات الزواجية (Levenson and Gottman, 1985) ، ومسلماً بصحة البحوث الحالية حول دور الإعزاءات السببية فى ظهور واستمرار الكدر الزواجى وتفاقمه .

ويتضمن النموذج المعرفى للكدر الزواجى إدراكات حول أى الأمور تحدث ، وإعزاءات لسبب حدوثها ، وتوقعات حول ما سيحدث ، وافتراضات حول طبيعة الأحداث ، ومعتقدات ، ومعايير حول ما يتعين أن تكون عليه الأمور . وكل هذه عبارة عن ظواهر معرفية ، تختص بالطريقة التى يتم بها معالجة المعلومات ، وتكون نشطة فى التقدير المعرفى وعلاج الكدر الزواجى ، فى سياق العلاقات الثنائية (Baucam and Epstein, 1989) .

---

(1) National Marriage Guidance Council .
(2) The Catholic Marriage Advisory Council .
(3) The Jewish Marriage Council .

ويؤدى دمج التدخلات المعرفية فى العلاج السلوكى إلى تمكين الأخصائى الأكلينيكى من تعديل الظواهر المعرفية ، التى تشوه خبرة الزوجين حول تفاعلهما ، وهى التى تؤدى إلى تفاقم كدرهم من زواجهما ، وتؤدى بهما إلى التفاعل بطرق تضر بحالتهم بصفة عامة . ولكى يتم تحقيق هذا الدمج ، يتعين تناول كل عنصر من العناصر التى سبق الإشارة إليها ، الواحد تلو الآخر فى إطار السياق العام لعلاقات الزوجين .

ويشكل الشريكان إدراكات خاصة حول الأحداث ، التى يمكن أن تعكس الواقع، أو لا تعكسه . ويتعين الكشف عن الطريقة ، التى تتطور بها هذه الإدراكات بهدف تقييم ما إذا كانت كل المعلومات الأساسية ذات الصلة بهذه الإدراكات متاحة وصادقة ومكتملة أم لا . فإذا عانى أحد الشريكان من خبرة التعرض للنقد معتبراً إياها رفضاً ، فسيكون من الضرورى فحص ما إذا كان هذا النقد يميل إلى أن يكون رفضاً أم أنه أُختبر على أنه كذلك . وغالباً ما يكون الشريكان إنتخابيين فى إدراكاتهما ، ويميلان لتجاهل العوامل أو الدلائل المتعارضة مع فروضهما عن الأحداث التى يلاحظونها .

ويمكن التوصل إلى الإعزاءات التى يقوم بها الزوجان ، من خلال السعى للتعرف على تفسيراتهما وفهمهما للأحداث والعوامل المسئولة عن صعوباتهما . وقد تكون الإعزاءات السببية عامة أو محددة ، مستقرة أو غير مستقرة ، نابعة من الشخص أو من شريكه ، وقد تتضمن اللوم أو النية الحسنة . ويمكن أن يكون عزو السلوك إلى الشريك الآخر إجماليًا ومستقراً ، كما يمكن أن يتضمن إفراطاً فى التعميم من خلال منظور التجاهل الانتخابى أو إهمال السلوكيات والإيحاءات ، التى لا تؤيد هذا الإعزاء . وسيكون من الضرورى ، فى إطار الحوار الثنائى مع المعالج الكشف عن الإعزاءات وتعديل الميكانيزمات النشطة ، التى تؤدى إلى استمرار التفسيرات المختارة . مثال ذلك الاستدلالات العشوائية ، الإفراط فى التعميم ، الأفكار التلقائية حول الشريك وحول العلاقة .

ويبدو أنه من المهم فى سياق العلاج التمييز بين المعتقدات العامة ، التى يعتقدها الأفراد حول ما سيحدث فى زواجهم ، وبين التوقعات المحددة لديهم حول علاقتهم . وتتضمن التوقعات احتمالات لوقوع أحداث معينة ، عادة ما تكون ذات طبيعة توافقية ؛ من حيث أنها تؤدى إلى حدوث أو توقع نتائج مرغوبة ، اعتماداً على الخبرة السابقة .

ويتساوى فى الأهمية ، من المنظور الأكلينيكى ، الكشف عن مضمون التوقعات وكذلك تكويناتها . وهناك احتمال أن تكون التوقعات السلبية هى موضوع التشوهات المعرفية . ويتنبأ الشريك بتتابع سلوكى معين (النكد ـ العداء) اعتماداً على فروض غير صحيحة عن القواعد ، التى حكمت تفاعلات سابقة . مثال ذلك قد تكون لدى أحد الشريكين التوقعات الآتية والتى ستحدد سلوكها : « أنه دائماً ما يفعل ذلك ، وإذا أثرت معه القضية سيصبح عدوانيًا » وتحدد الفروض كيف يطور الأفراد أفكاراً حول كيفية ارتباط خصائص معينة لدى الناس بعلاقاتهم . وقد تتضمن هذه الفروض أفكاراً تلقائية وتفككاً فى الروابط التى يقيمها الأزواج حول البيانات المتاحة لهم . وعند الكشف عن العلاقات الجنسية فى إطار العلاج الزواجى ، نجد دائماً أن الأزواج يعتبرون أن مشكلاتهم فريدة ، ولا يوجد لها مثيل لدى غيرهم ، وأنهم وحدهم الذين يعانون من هذه الصعوبة ، وسيكون من الضرورى تصويب هذا التشويه وفحص الأسس التى قامت عليها فروضهم .

وأخيراً فإن المعتقدات والمعايير حول العلاقات تتطلب الفحص حيث أن الأزواج دائماً ما يقدمون معلومات تعتمد على خبرات الآخرين (الأصدقاء ، الأقارب) أو على العادات (المعتقدات الدينية) . ودائماً ما

يتوجه الأزواج للحصول على العلاج معترفين (أو يشكون) بالتباين والتفاوت بين علاقاتهم وبين فلسفتهم الأساسية حول طبيعة الرضا الزواجي المُرْضى . ويتضح من خلال المناقشة أن احتمال أن يرى الأزواج معاييرهم الخاصة غير واقعية ، أقل من احتمال اعتبار شركائهم متطرفين ومثيرين للمشاكل .

وقد عززت هذه المكونات المعرفية العلاج السلوكى الزواجي ، وساعدته على الاهتمام بمجالات كانت مهملة من قبل . وقد حل منظور التعلم الاجتماعي – المعرفى بدلاً من منظور العلاج السلوكى للزواج (Jacobson and Holtzworth Munroe, 1986; Holtzworth - Munroe and Jacobson, 1991) والذى مثّل تطوراً أكلينيكاًفى مجال علاج الكدرالزواجى .

مناحى نظرية النُظم (1)

تعتمد أغلب مناحى العلاج الأسرى والزواجى على نظرية النظم فى كل من صياغة الفروض ، حول الكدر ، وتخطيط التدخلات (Bennun, 1988b) . ويتفق المعالجون النظاميون على وضع خريطة تحدد المؤسسة (2) ، والأدوار ، والقواعد ، الخاصة بالأسرة والزوجين اللذان يعالجان .

ومن الممكن وضع قائمة بالخصائص النظامية لعلاقات الزوجين والأسرة فيما يلى :

١ ـ الأسُر والأزواج مثلها فى ذلك مثل بقية الجماعات الاجتماعية ، عبارة عن نظم لها سمات أكثر من مجرد مجموع خصائصها أو أجزائها .

٢ ـ يتضمن النظام الأسرى نُظم فرعية تشكل معاً العلاقات الأسرية ، والزوجين أحد هذه النظم الفرعية .

٣ ـ لكل نظام ، ونظام فرعى مجموعة من الحدود تميزه عن بقية النظم والنظم الفرعية . وتحدد هذه الحدود تدفق الاتصالات ، وردود الفعل فى نطاق المؤسسة ، وتفرد كل عضو فيها .

٤ ـ التواصل فى نطاق النظام وبين الأجزاء المشكلة له مهم فى الإسهام فى الأداء الشامل للنظام .

٥ ـ تشترك الأسرة والزوجين فى نظام فوقى ، يمثل البيئة الخارجية التى يعملان خلالها .

٦ ـ النماذج السببية الدائرية وليس الخطية هى التى تنطبق لفهم نشوء واستمرارية الأسرة ومشكلات الزوجين .

٧ ـ أى ميل للنظام للابتعاد عن الحالة المستقرة للأداء (التوازن) ، يتم تصحيحها من خلال ردود الفعل السلبية ، والتغيرات فى أداء النظام (عكس الاستقرار) ، تتحقق من خلال ردود الفعل الإيجابية .

وتتضمن المناحى العلاجية المشتقة من منظور النظم هذه المبادئ النظامية ، ولكنها تؤكد أهمية بعض الجوانب أكثر من البعض الآخر . مثال ذلك أن بعض المناحى تركز أكثر على بنية النظام وتقوم بالتدخل من خلال محاولة تعرف الحدود والتسلسلات المتدرجة (الهيراركية) أو العلاقات بين القوى . وقد يحاول البعض الآخر ، وبشكل مقصود ، مواجهة حالة التوازن من خلال تقديم طقوس أو إستراتيجيات لتغيير أنماط التفاعل النشطة . ويتجاوز فحص كل هذه المناحى نطاق هذا الفصل ، ولهذا سنقدم اثنين منها فقط لمجرد الإيضاح .

(1) Systems Theory approaches
(2) Organization

أساليب العلاج البنيوية والإستراتيجية (١) .

ينظر كل من العلاج البنيوى والإستراتيجى للزواج على أنه نظام مستقر نسبياً من التفاعلات . ويعتبر العلاقات الزواجية بمثابة نظم ، تتضمن أن سلوك الثنائى الزوجى محكوم بحالة كل شريك منهما على حدة ، وردود الأفعال بينهما ، وتأثير البيئة الخارجية (الأطفال على سبيل المثال) ، والثنائى أساساً ذو توجه هادف، ويحاول إشباع احتياجات كل شريك فيه ، وتعتمد هذه الاحتياجات على دورة الحياة الناشئة (Carter and Mcgoldrick, 1989) والدورة الارتقائية لكل شريك منهما . (Bennun, 1991) .

وتضع أساليب العلاج البنيوية والأستراتيجية أهمية كبيرة على سياق العلاقة الزوجية القائمة ، أكثر مما تهتم بالاعتبارات التاريخية (قارن نماذج التحليل النفسي) . وتعد الأعراض فى السياق الارتقائى بمثابة صراعات أو أساليب أداء لدورة الحياة الناشئة (انظر الفصل ١٣) ، ويؤدى النظر إليها بهذه الطريقة إلى بقاء الكدر الزواجى فى النظام الزواجى ، ولكى يمكن الشفاء منه فإن الأمر يتطلب إعادة التنظيم . وتدرس المناحى البنيوية بصفة خاصة التعاملات بين الشركاء مع الاهتمام بما يقوم به الزوجان كل منهما للآخر ، وما يقوم به كل منهما من أجل الأخر بالإضافة إلى احتياجاتهما الإنفعالية . وعادة ما يكون العلاج نشطاً وتوجيهيًا مع الفصل والتمييز بين التقييم / التشخيص والتدخل والذى يكون غير واضح بصورة عمدية ، والمنحى عملى (برجماتى) بطبيعته ، وهو يعتبر الاستراتيجيات أو الأنماط المؤسسية والتغيرات بمثابة وسائط للتدخل .

وهناك أفكار معينة حول القوة ، والحدود ، والقواعد ، وأنماط التفاعل اشتقت من نظرية النظم . وتعيق الحدود المتسمة بالصلابة سواء بين الشركاء أو بين الأزواج والبيئة الخارجية تدفق المعلومات وردود الفعل ، كما يمكن أن تمنع الاتصال بالتأثيرات الخارجية ، ويمكن للحدود أن تحدد أيضاً القواعد التى تحكم من يشارك فى أداء النظام ، وتحدد كيف يمكن أن يتكامل تأثيرها فى إطار النظام ككل . ويتصل بذلك إتصالاً وثيقاً مفاهيم التناغم وعدم الإرتباط التى تشير إلى أنماط تفاعلية ، ويوحى التناغم بقدر ضئيل من الانفصال أو الاستقلال ، وحيث يتحدث كلاً من الزوجين ويفكر ويستجيب للآخر . وعلى النهاية الأخرى من المتصل يتسم الزوجان المنفصلان بالحد الأدنى من الالتحام والتفاعل القليل والدعم الضعيف من إحداهما للآخر فى أوقات الأزمات . والتحالف والإتلاف فى الإطار الثنائى مهم لفهم أدائه . ومن المنظور الإكلينيكى ينخرط كل شريك فى تحالفات وتآلفات خارجية أخرى (زملاء العمل ، العائلة الممتدة) ، أو قد ينجذب بشكل غير صريح للمعالج ليشارك فى نظام زواجى ثلاثى (المعالج ـ تآلف الشريكين) .

ويهدف العلاج البنيوى لإعادة تشكيل النظام ؛ بحيث يسمح له بالتعامل بكفاءة مع هذه المهام الحياتية الأكثر بروزاً فى الوقت المعين . وتتضمن الوسائل المستخدمة لتحقيق هذا الهدف فحص قوة العلاقات بين الثنائى وتمكين الشركين باستقلال كل منهما عن الأخر ، وتمكينهما معاً من التفاعل بعضهما مع البعض من خلال أنماط محسنة من التواصل ، بالإضافة إلى فحص القواعد التى أدت إلى تحديد سلوكهما واستجاباتهما . ويؤكد النموذج العلاجى الذى تطور من هذا المنحى على تحرك المعالج المخطط بحرص لتحقيق هذه الأهداف المعينة .

---

(1) Structural and Strategic Therapies .

العلاج الزواجى لطرف واحد (1)

تعد المقابلة المشتركة (زوجان معاً) خاصية مميزة فى العلاج الزواجى المعاصر ، ويشترك الزوجان معاً فى المقابلة بحضور معالج أو اثنين . وعلى الرغم من الجدل الدائر حول علاج طرف واحد من أطراف مشكلات العلاقات ، إلا أن علاج أحد الشريكين فقط أعْتبر دائماً شكلاً واحداً من أشكال العلاج الزواجى. والواقع أن الزوجين يطلبان أحياناً هذا الشكل (Fibush, 1957) . ويرى نادلسون Nadelson, (1975) أن الشريكين اللذان يعتبران الجلسات المشتركة ذات طابع تنافسى ، أو أن الوقت ما زال مبكراً بالنسبة لهما لتحمل ضغوط الجلسات المشتركة ، يمكن مقابلتهما منفردين . وأحياناً ما تكون المشكلة المعروضة تتعلق بعمل فردى ، وليس مشتركًا مثل الصعوبات الاعتمادية ـ الاستقلالية ، أو المشكلات الدائمة فى العلاقة بين شخصين ، والعنف أو الغيرة (Bennun, 1991) .

وأحد مترتبات تطبيق نظرية النظم هو الضياع الواضح للفرد فى إطار التفكير المنظومى . ويرى ولتر (1989) Walter أن المعالجين وفق نظرية النظم فى حاجة لأن يضعوا فى اعتبارهم كيفية تكامل نماذج الأداء الفردية النفسية فى العمل المنظومى وأن يتحققوا من مؤشرات العلاج الفردى إذا كان ذلك متاحاً .

وقبل البدء فى فحص بعض نماذج العلاج لطرف واحد والذى تطور استجابة للاحتياجات الأكلينيكية ، يجدر التفكير فى كيفية استخدام هذا المنحى بطريقة أكثر عمومية فى الممارسة الأكلينيكية . ففى سياق العلاقة بين الزوجين سيظل علاج أحدهما فقط بديلاً دائماً ، أو أحد البدائل المتاحة . وعلى الرغم من ذلك ، فعلى المعالج أن يكون واضحاً فى التمييز بين العمليات داخلية المنشأ النفسى ، والعمليات التفاعلية (Walters, 1989) . ويمكن التفكير فى هذين النوعين من العمليات على أنهما موجودتان معاً بدلاً من كونهما يعكسان وقائع الصراع . ويتعين تلطيف الحماس المؤسسى باستبقاء دور للديناميات الفردية، وكيف تقوم بالتفاعل مع عمليات العلاقات بين الأشخاص .

ودون اعتبار لبعض المشكلات الأكلينيكية التى تستجيب بشكل جيد لعلاج طرف واحد ، فإن رؤية أحد الشريكين بمفرده يمكن الإفادة منها للإعداد لجلسات مشتركة فيما بعد . ويتعين أن يستجيب المعالجون بطريقة حسنة لرغبة الشريك أن يقابل بمفرده ، هذا على الرغم من ضرورة معرفة طبيعة ومعنى هذا الطلب . ويمكن لهذا المنحى أن يكون مقنعاً عندما تكون بعض النظم العائلية المعينة قد جعلت الشخص قليل الحيلة ، أو أن دور الأم ، أو الأب أو الزوج أو الزوجة يتضمن ثنائية . وبعد مرور أعوام من القيام بهذه الأدوار المزدوجة يترك الشخص بإحساس ضعيف بالذات ، قد يتكرر ظهوره أو يعود فى موقف مشترك . وهناك اعتبار آخر يبرر استخدام هذا المنحى هو أنه عندما يتم تحديد مشكلة على أنها ذات طبيعة منظومية، ونفسية المنشأ فى جوهرها ، فيتعين فى هذه الحالة أن يكون لعلاج الطرف الواحد هدفان: الأول هو الكشف عن العمليات النفسية الفردية ، والثانى هو كيف يؤدى النظام إلى استمرارها . وقد طور زابوكزنك وزملاؤه (Szapocznik et al., 1983,1984) طريقة للعلاج الأسرى لشريك واحد . ويتشكل منحاهم من كل من المعلومات البنيوية والإستراتيجية ، مع كون فترة التدخل نفسها قصيرة ، وعادة ما تكون حوالى عشرة جلسات . ويهدف العلاج الأسرى للفرد الواحد إلى إحداث تغيير فى السياقات المتكررة المختلة وذلك باستخدام أكثر أفراد الأسرة أهمية كوسيط للتغيير . ويقرر المعالج فى

(1) Unilateral Marital therapy .

سياق العلاقة الزوجية أى الشريكين هو الأكثر مناسبة للانضمام للعلاج . وخلال الجلسات مع الشريك الواحد ، يتمكن المعالج من ملاحظة ردود الفعل الزوجية البنيوية والتفاعلية ، ثم يبدأ فى إحداث التغيير من خلال الشريك الواحد الذى يحضر للعلاج .

ونتيجة لاعتماد هذا المنحى على المقدمات الأساسية لنظرية النُظم ، التى ترى أن التغيير فى أحد عناصر المنظومة يؤدى بالضرورة إلى تغييرات فى عناصرها الأخرى ، فإن المعالج يستطيع التأثير فى البنية الثنائية من خلال التدخل مع الشريك الذى يُعالج . ويتعين أن يصدر المعالج تعليمات لهذا الشريك لكى يسلك بطرق جديدة أو أن يقوم بالكشف عن عملياتهما الإدراكية الخاصة ، وذلك كوسيلة لتعرف القواعد والبنية التى تحدد أداء الزوجين .

وسيحتاج المعالج نتيجة لمشاركة أحد الزوجين فقط فى العلاج ، إلى اكتشاف كيف أستطاع هذا الفرد إدخال دوره التكميلى أو إدماجه فى صلب العلاقة الثنائية. وعلى الرغم من عدم وجود أى شخص آخر فى الموقف يمكنه أو يؤكد أو ينفى الواقع المدرك الذى يذكره الشريك ، إلا أن إحدى المهام العلاجية هى المحافظة على موقف ذى توجه واقعى أثناء العلاج . ويمكن أن يتم ذلك من خلال بعض الأساليب المعرفية التى سبق وصفها .

وما إن يتم تحديد التفاعلات والعمليات النشطة فى إطار الثنائى من وجهة نظر المشترك منهما فى العلاج ؛ حتى يقوم المعالج بمحاولة تكوين وجهة نظر الطرف الأخر غير المشارك ، وبالتالى يتمكن من التوصل إلى الخريطة المتكاملة التى تصف العمليات الثنائية إجمالاً ، وما إن يتم ذلك حتى يوجه التدخل من خلال ما قرره الشخص عن سلوكه وإدراكاته.

والبيانات التجريبية المستخلصة من هذه المجموعة البحثية الأكلينيكية مشجعة ، على الرغم من صعوبة تأكيد الميكانزمات التى يتم من خلالها تحقيق التغيير . ومثلما يوجد فى الكثير من الحزم العلاجية ، تظل الفعالية النسبية للأجزاء المكونة منها غير واضحة .

العلاج الفردى للزوجين (1)

نموذج علاجى آخر ، يستخدم شريكًا واحداً فى علاج الكدر الزواجى ، طوره بنون Bennun (1984:1991) استجابة للأعداد المتزايدة من الشركاء ، الذين يطلبون علاجاً زواجياً دون مشاركة الشريك الثانى . وقامت بعض المعارضات المناهضة لتطوير هذا المنحى على أساس أن المعالج سيظل دائماً يقوم بمحاولة عقد جلسة تجمع بين الزوجين . وعلى الرغم من ذلك ، ووفقاً لما سبق وصفه قد توجد ظروف تكون رؤية شريك واحد فيها هى الأنسب . وتتضمن بعض التحفظات الأخرى على هذا المنحى أنه يؤدى إلى الوقوع فى التحيز عند تقييم المشكلة بين الزوجين ؛ نتيجة لكون المعالج ضالع فى الأسرار الزوجية ، ونتيجة لاستخدام العلاقة الزوجية كعلاقة تنافسية . وقد وضعت هذه الأمور فى الاعتبار عند تطوير هذا المنحى أحادى الشريكين ، على الرغم من إمكان التوصية بالقيام بمقابلات أولية ، وتقييم مشترك للزوجين على الأقل .

والعناصر التى توفر أفضل وصف لهذا المنحى : هى التى تتضمن تركيزاً على الثنائى مع توجيه الأهتمام للطرف غير المشارك فى العلاج وتبين إسهامه فى الصراع ، ويعتبر هذان العنصران متزامنين فى

---

(1) Individual Couple Therapy.

كل جلسة ، ويقدمان بوضوح خلال العلاج ، ويؤكد الاهتمام بالعلاقة الثنائية على التوازن الذى يتعين المحافظة عليه بين الفرد والعمليات الثنائية. وتُشبع العلاقات بين الزوجين مجموعة من الاحتياجات النفسية والمادية لكل فرد منهما ولهما معاً كزوجين . وعندما لا تُشبع هذه الاحتياجات فإن الكدر الذى يأتى بعد ذلك يؤثر فى الفرد وشريكه والعلاقة بينهما .

ويؤدى هذا التركيز على الثنائى إلى توجيه المعالج والطرف المشارك فى العلاج للنظر بداية فى قضايا العلاقة ، بدلاً من النظر فى المشكلات النفسية الفردية. وما إن تظهر المشكلات من خلال العلاقة وفى سياقها ؛ حتى يمكن الكشف عنها بوضوح وبصورة مناسبة .

وأحد المبادئ الأساسية فى المنظور الثنائى هو الطريقة ، التى يتم بها تحديد المشكلات وصياغتها . فإذا كان توجه المعالج هو العمل على حل مشكلة معينة ، فسيحتاج العلاج لأن يصاغ بتعبيرات تتضمن الشريكين معاً . مثال ذلك فى حالة امرأة تعانى من مخافة الأماكن المفتوحة ، فسيتطلب المنظور الثنائى فهم المشكلة بوصفها خوفًا ، وكذلك عدم قدرة من شريكها على توفير الأمان المناسب لها للخروج من البيت . وتتطور الصياغة الدقيقة بوضوح من خلال التقييم الأكلينيكى الكامل .

العنصر الثانى ، أن وجود طرف غير مشارك ، يؤدى لتوجيه المعالج لكسب تعاون وارتباط هذا الطرف . ويجب تشجيع الطرف المشارك فى العلاج على إعطاء زوجه أو زوجته تقريراً عن جلسة العلاج ، ويفضل أن يكون ذلك فى يوم العلاج نفسه . ومن المفيد التباحث حول هذا الأمر فى مستهل العلاج . وعند التكليف بواجبات منزلية ، سيكون من الأمور المهمة التأكيد على مشاركة الطرف الأخر فيها ، كلما كان ذلك ممكناً . ويتعين أيضاً تشجيع الطرف المشارك على تقديم عائد (رد فعل) الطرف غير الحاضر حول المهام والموضوعات ، التى يرغب أو ترغب المشاركة فيها . ويلقى ذلك الضوء على قيمة وأهمية جلسة التقييم المشتركة والتى يمكن استخدامها بصورة مرنة ومبتكرة ، دون الإصرار على ضرورة مشاركة الطرف المقاوم فى حضور كل جلسة تالية . وتؤدى موافقة المعالج على عدم حضور هذا الطرف إلى خفض مقاومته وتحسين إذعانه للنظام العلاجى .

ثالثاً : يتعين الاعتراف بإسهام الشريكين معاً فى الصراعات بينهما ، ويستطيع المعالج أن يبتعد عن دوره المحايد بسهولة ، وأن يشكل تآلفاً علاجيًا مع أحد الطرفين .

وأحد العوامل المحورية فى العمل مع طرف واحد هو الالتزام بالفرض المنظومى حول أن الصراع نتاج للتفاعل واستجابة له ، وأن أيًا من الطرفين غير ملوم عنه بمفرده . ويعترف النموذج أن كلاً من الطرفين يسهم فى الصراع ، وأن كليهما مسئول عن حله ، لذا يتعين توضيح هذه الفكرة بشكل عملى ، أما الأحداث المتعلقة بالعنف الزواجى ، والاستغلال البدنى وما شابه ذلك فلا يتعين النظر إليها على أن كلا الطرفين يتحمل القدر نفسه من المسئولية عن حدوثها . وعلى الرغم من ذلك فإن الأخذ بهذه الوجهة من النظر حول الصراع يؤدى إلى جمع العناصر الثلاثة معاً ، ويسمح للمعالج بالمحافظة على التوازن بين الفرد والعمليات التفاعلية .

وتتضح هذه العناصر الثلاثة من خلال علاج امرأة لديها تقدير ذات منخفض ، وإحساس بعدم الملائمة الشخصية قوض من استقرارها الزواجى . وأعيدت صياغة المشكلة وفقاً لهذا الوصف فى ضوء

التوجه الثنائى [1] ، مع الاعتراف بمصدر هذه المشاعر (علاقتها السابقة مع أبيها) وعدم قدرة زوجها الواضحة على مساعدتها لتغير من إدراكها لذاتها . وبالتالى تضمنت إعادة صياغة المشكلة اعتبار زوجها جزءاً من المشكلة نتيجة لعدم قدرته على مساعدتها على تخطى هذه المشاعر المكدرة . وتضمن العنصر الثانى قيام الزوجين بمناقشات تفصيلية مشتركة حول أسبابهما الشخصية ، التى يعتقدون أنها تسببت فى المشكلة وطورتها . وقام المعالج بلعب دور الشريك مع المرأة ، وبين لها كيف تستطيع مواجهة بعض افتراضاتها حول نفسها ، وبالأخص تلك الفروض ذات الصلة بأبيها ، وكيف عُممت على زوجها . ثالثاً لدى الزوجين صعوبة لا يعتبرانها جزءاً من مشكلتها ؛ فمن خلال لعب الأدوار ، كانت الزوجة قادرة على تعليم زوجها مواجهة معتقداتها الخاصة ، كما أُوضح لها أيضاً أنها لم تكن غير ملائمة كما كانت تعتقد ، وأن زوجها لم يكن يراها بالضرورة بهذه الطريقة .

وقد تم تقييم هذا النموذج الخاص ، وتبين أنه فعال بدرجة فعالية العلاج الزواجى المشترك نفسها، ومجموعات الأزواج العلاجية. وبينما يوجد جدل نظرى حول هذه الطرق الأحادية ، إلا أن نتائجها لا تدعم هذه الشكوك .

تطبيقات أخرى للعلاج الزواجى

تتحمل الأسرة أو الوحدة الزوجية أساساً أولى أعباء حدوث مشكلات نفسية لدى أحد أفرادها . وكما سبق أن أوضحنا فى أقسام أخرى من هذا الفصل ، فإن التأثيرات المتبادلة بين الأفراد فى مشكلة محددة وبين أسرتهم والزوج أو الزوجة يمكن أن تؤدى إما إلى تفاقم المشكلة أو كبحها . وعلى الرغم من وجود ثروة من التغطية النظرية لهذه القضية إلا أنها لم تؤد بالضرورة إلى تشكيل ممارسة إكلينيكية (Kuipers and Bebbington ,1985) .

وهناك ثلاثة خطوط للتفكير فيما يتعلق بأستخدام الطرف الثانى فى علاج المشكلات النفسية للراشد (Bennun, 1988 a) أولها : إمكان إشراك الطرفين فى العلاج بهدف تعزيز تقبل العلاج ، مع الأخذ فى الاعتبار أن العلاج الذى يؤدى إلى نتائج ضعيفة راجعة لعدم الإذعان والتقبل ترجع إليه نسبة جوهرية من الحالات الأكلينيكية ، ثانيها : أن هافنر وزملاءه Hafner et al. (1983) قاموا بتطوير أسلوب العلاج «بمساعدة الطرف الآخر » [2] . وحيث يلعب الطرف الآخر (الزوج أو الزوجة) دوراً مباشراً ونشطاً فى العملية العلاجية بوصفه معاوناً فى العلاج . ومن وجهة نظر هؤلاء المؤلفين أن هذا المنحى عبارة عن « علاج للموارد الزواجية » [3] . وأخيراً استخدام العلاج الزواجى ، عندما أخذ فى الأعتبارأن المشكلات الزوجية يجرى عرضها فى إطار المشكلات السيكياترية أو النفسية ، مثل : مخاوف الأماكن المفتوحة (Hafner, 1986) ، والاكتئاب (Jacobson and Holtzworth -Munroe, 1986) ، ومشكلات إدمان الخمور (O' Farrell, 1986) والغيرة (Im et al ., 1983) واضطرابات الأكل (Foster, 1986).

واستخدم علاج الزوجين أيضاً فى مجتمعات نوعية ، وتجمعات اجتماعية مثل الأزواج غير المتزوجين والأزواج سابقى الزواج ، والزيجات عبر الحضارية ، والزواج بين الذكور الشواذ وبين النساء السحاقيات . (انظر : Dryden , 1985; Hooper and Dryden, 1991; Jacobson and Gurman,) وقدم

(1) Dyadic Focus .
(2) Spouse aided therapy .
(3) Marriage resource therapy .

مارجولين Margolin (1982, 1986) مراجعة مفيدة للقضايا الأخلاقية فى العلاج الزواجى .

وقد تطور العلاج الزواجى بوصفه تدخلاً ، قُصد به مساعدة الأزواج فى الزيجات المتكدرة . وقد حاول هذا الفصل أن يوضح أن قضايا العلاقات يمكن أن تمتد لأبعد من الإرشاد الزواجى (1) . ويمكن أن تكون مفيدة فى تخطيط العلاج ، وحيث يمكن أن يؤدى استخدام الطرف الآخر لتحسين النتائج .

وهناك حاجة لبعض الوضوح عند التعامل مع الزوجين معاً ، فدعوة الطرف الآخر للمشاركة فى العلاج لا يؤدى بالضرورة لإزالة الكدر الزواجى ، إلا أن الخبرة الأكلينيكية توحى دائماً بوجود قضايا أختلال الوظائف الزوجية فى الوقت الذى لا تكون متوقعة فيه ..

(1) Marriage Counselling .

References

Baucom, D. and Epstein, N. (1989) *Cognitive-Behavioral Marital Therapy*, New York: Brunner/Mazel.

Bennun, I. (1984) 'Marital therapy with one spouse', in: K. Hahlweg and N. Jacobson (eds) *Marital Interaction: Analysis and Modification*, New York: Guilford Press.

Bennun, I. (1988a) 'Involving spouses and families in the treatment of adult psychological problems', in F. N. Watts (ed.) *New Developments in Clinical Psychology. Vol. 2*, Chichester: Wiley.

Bennun, I. (1988b) 'Systems theory and family therapy', in E. Street and W. Dryden (eds) *Family Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.

Bennun, I. (1991) 'Working with the individual from the couple', in D. Hooper and W. Dryden (eds) *Couple Therapy: A Handbook*, Milton Keynes: Open University Press.

Calapinto, J. (1991) 'Structural family therapy', in A. Gurman and D. Kniskern (eds) *Handbook of Family Therapy. Vol. 2*, New York: Brunner/Muzel.

Carter, B. and McGoldrick, M. (1989) *The Changing Family Life Cycle: Framework for Family Therapy*, London: Aylen and Bacon.

Dicks, H. (1967) *Marital Tensions*, London: Tavistock.

Dryden, W. (1985) *Marital Therapy in Britain. Vol. 2*, Milton Keynes: Open University Press.

Fibush, E. (1957) 'The evaluation of marital interaction in the treatment of one partner', *Social Casework* 38: 303–7.

Foster, S. (1986) 'Marital treatment of eating disorders', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Hafner, R. (1986) 'Marital therapy for agoraphobia', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Hafner, R., Badenoch, A., Fisher, J. and Swift, H. (1983) 'Spouse aided versus individual therapy in persisting psychiatric disorders: a systematic comparison', *Family Process* 22: 385–99.

Haley, J. (1984) 'Marriage or family therapy?' *American Journal of Family Therapy* 12: 3–14.

Holtzworth-Munroe, A. and Jacobson, N. (1991) 'Behavioural marital therapy', in A. Gurman and D. Kniskern (eds) *Handbook of Family Therapy. Vol. 2*, New York: Brunner/Muzel.

Hooper, D. and Dryden, W. (1991) *Couple Therapy: A Handbook*, Milton Keynes: Open University Press.

Im, W., Wilner, R. and Breit, M. (1983) 'Jealousy: interventions in couples therapy', *Family Process* 22: 211–19.

Jacobson, N. and Gurman, A. (1986) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Jacobson, N. and Holtzworth-Munroe, A. (1986) 'Marital therapy: a social learning-cognitive perspective', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Jacobson, N., Dobson, K., Fruzzetti, A., Schmaling, K. and Salinsky, S. (1991) 'Marital therapy as a treatment for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 547–57.

Kuipers, L. and Bebbington, P. (1985) 'Relatives as a resource in the management of functional illness', *British Journal of Psychiatry* 147: 465–70.

Levenson, R. and Gottman, J. (1985) 'Physiological and affective predictors of change in relationship satisfaction', *Journal of Personality and Social Psychology* 49: 85–94.

Madanes, C. (1981) *Strategic Family Therapy*, San Francisco: Jossey Bass.

Madanes, C. (1991) 'Strategic Family Therapy', in A. Gurman and D. Kniskern (eds) *Handbook of Family Therapy. Vol. 2*, New York: Brunner/Muzel.

Manus, G. (1966) 'Marriage counselling: a technique in search of a theory', *Journal of Marriage and the Family* 28: 449–53.

Margolin, G. (1982) 'Ethical and legal considerations in marital and family therapy', *American Psychologist* 37: 788–801.

Margolin, S. (1986) 'Ethical issues in marital therapy', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Minuchin, S. (1974) *Families and Family Therapy*, Cambridge Mass.: Harvard University Press.

Mittlemann, B. (1944) 'Complementary neurotic reactions in intimate relationships', *Psychoanalytic Quarterly* 13: 479–91.

Nadelson, C. (1978) 'Marital therapy from a psychoanalytic perspective', in T. Paolino and B. McCrady (eds) *Marriage and Marital Therapy*, New York: Brunner/Muzel.

O'Farrell, T. (1986) 'Marital therapy in the treatment of alcoholism', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. and Prata, G. (1978) 'A ritualized prescription in family therapy: odd days and even days', *Journal of Marriage and Family Counselling* 4: 3–9.

Stanton, M. (1981) 'Marital therapy from a structural-strategic viewpoint', in G. Sholevar (ed.) *The Handbook of Marriage and Marital Therapy*, Philadelphia: MTP Press.

Szapocznik, J., Kurtines, W., Foote, F., Peres-Vidal, A. and Hervis, O. (1983) 'Conjoint versus one person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 889–99.

Szapocznik, J., Kurtines, W. and Spencer, F. (1984) 'One-person family therapy', in W. O'Conner and B. Lubin (eds) *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, New York: Wiley.

Todd, T. (1986) 'Structural-strategic marital therapy', in N. Jacobson and A. Gurman (eds) *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York: Guilford Press.

Walter, J. (1989) 'Not individual, not family', *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 8: 70–7.